

RAPPORT de CONTROLE le 29/03/2024

EHPAD SAINTE MONIQUE à COUBON\_43

Mise en œuvre du Plan EHPAD 2022-2024 : Contrôle sur pièces

Thématique: CSP 6 / Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : AMRAP 43

Nombre de places : 50 places en HP dont 10 en accueil Alzheimer et mal. app.

Questions	Fichiers déposés OUI / NON	Analyse	Ecarts / Remarques	Prescriptions/Recommandations envisagées	Nom de fichier des éléments probants	Réponse de l'établissement	Conclusion et mesures correctives définitives
<b>1- Gouvernance et Organisation</b>							
1.1 L'établissement dispose-t-il d'un organigramme nominatif détaillant les liens hiérarchiques et fonctionnels ? Joindre le document.	Oui	Deux organigrammes ont été remis : celui du siège associatif et celui de l'EHPAD "Sainte Monique". A leur lecture, il est relevé que le Directeur Général est également le Directeur de l'EHPAD.  L'organigramme de l'EHPAD est partiellement nominatif et a été mis à jour le 01/10/2023. Il présente les liens hiérarchiques et fonctionnels entre les différents professionnels de l'EHPAD.					
1.2 Quels sont les postes vacants : préciser la nature et la qualification du ou des poste(s) ?	Oui	L'établissement déclare 2,57 ETP vacants au 20/10/2023 : - 0,78 ETP d'aide-soignant en EHPAD, - 0,78 ETP d'aide-soignant en unité de vie, - 0,78 ETP d'agent de service logistique en unité de vie, - 0,23 ETP de MEDEC.					
1.3 Le directeur / la directrice dispose-t-il/elle du niveau requis de qualification ? Joindre le justificatif : soit le diplôme, soit l'arrêté de nomination (CCAS et FPH).	Oui	L'établissement a remis plusieurs diplômes et attestations du Directeur de l'établissement, dont son DESS en économie et gestion hospitalière privée (de niveau 7).					
1.4 Dispose-t-il d'un document unique de délégation pour les établissements privés et pour les directeurs sous contrats de droit privé ? Joindre le document.	Oui	Le document des délégations de pouvoirs a été remis sous format Excel. Chaque onglet correspond à un domaine de délégation (projet, RH, finance, résident/intervenant extérieur et qualité). Les personnes identifiées comme déléguées sont "TAG, le CA, le bureau [...] le DG et le directeur adjoint". Il est précisé pour chaque action le qui fait quoi (décide, instruit, met en œuvre, propose, est consulté, est informé).					
1.5 Une astreinte administrative de direction est-elle organisée et formalisée ? joindre la procédure et le calendrier du 1er semestre 2023.	Oui	Deux documents ont été remis : un document intitulé "astreinte administrative EHPAD Sainte-Monique", daté du 12/09/2023, signé par le Directeur et le planning des astreintes, établi pour toute l'année 2023. Le 1er document, qui s'apparente à une note de service à l'attention du personnel de la structure, se limite à expliquer ce que l'agent doit faire en cas d'absence : contacter le plus rapidement possible sur les jours/heures ouvertes le personnel administratif et en dehors de ces jours/heures, le cadre d'astreinte. Le n° de téléphone portable des 3 cadres est mentionné sur le document, qui renvoie au planning d'astreinte pour savoir qui est d'astreinte : le Directeur, le cadre Comptable ou le RH.  La note de service précise aussi que pour tout autre problème à caractère d'urgence, "il faut se conformer aux protocoles en vigueur sur l'institution et respecter la même règle d'appel". Il n'est pas précisé les situations d'urgence concernées.  Ces documents attestent qu'une permanence de direction est organisée. Néanmoins la note de service ne définit pas les types de situations pouvant entraîner la saisine du cadre d'astreinte, ce qui peut mettre en difficulté les personnels en cas de survenue d'événements graves en l'absence de consignes claires et détaillées. De plus, le planning remis ne positionne aucun cadre d'astreinte sur certaines semaines 2023, ce qui pose la question de la continuité de direction.	<b>Remarque 1 :</b> la note de service relative à l'astreinte administrative est imprécise sur les motifs de saisine du cadre d'astreinte), ce qui peut entraîner des difficultés pour les personnels en cas de survenue d'événements graves.  <b>Remarque 2 :</b> l'absence de cadre d'astreinte certaines semaines en 2023 ne permet pas d'assurer la continuité de la direction.	<b>Recommendation 1 :</b> compléter la note de service relative à l'astreinte administrative pour que les personnels de l'EHPAD puissent avoir à disposition des consignes claires en cas de survenue d'événements graves.  <b>Recommendation 2 :</b> assurer en continu sur l'année l'astreinte administrative de direction.	Astreinte Administrative EHPAD Sainte Monique.pdf Résident Malade Inanimé EHPAD Sainte Monique.pdf Protocole incendie EHPAD Sainte Monique 02012024.pdf Planning astreintes 2024 EHPAD Sainte Monique.pdf	Depuis 2020, l'astreinte administrative a été assurée 7 jours sur 7 et 365 jours par an par le Directeur Général, la comptable, la responsable RH ainsi que les Présidents successifs avec l'aide du responsable technique.  L'astreinte est rémunérée depuis 2019 pour la comptable et la responsable RH à hauteur d'une astreinte par mois.  La recommandation que vous formulez aura un coût qui sera répercuté sur le tarif journalier. Nous vous informerons les Résidents et leurs familles en réunissant au plus vite le CVS. Vous trouverez la note de service complétée.  Nous attirons toutefois votre attention sur le fait que l'augmentation du prix de journée est encadrée par le Département. Aussi, nous pensons que cette mesure ne sera pas compensée par l'augmentation du prix de journée et qu'elle grèvera les comptes de l'association, qui sont déjà en déficit comme tous les EHPAD privés associatifs de France.	La note de service remise est identique à celle remise initialement. L'établissement n'a pas complété le document en précisant les motifs de saisine du cadre d'astreinte pour que les personnels de l'EHPAD puissent avoir à disposition des consignes claires en cas de survenue d'événements graves.  Concernant la continuité de direction sur l'année, l'établissement fait état de la charge financière qu'envisagerait un changement du dispositif d'astreinte actuel. Au regard de ces contraintes, il n'est pas envisageable en effet de faire peser un surcoût financier sur le prix de journée. Dont acte.  Le planning d'astreinte de 2024 a été remis, chaque semaine est couverte par l'astreinte. Il est à noter que l'établissement effectue déjà un mutualisation de l'astreinte au sein de ses trois EHPAD en ayant recours au Directeur, le cadre Comptable ou le RH.  La recommandation 1 est maintenue. Compléter la note de service en précisant les motifs de saisine du cadre d'astreinte pour que les personnels de l'EHPAD puissent avoir à disposition des consignes claires en cas de survenue d'événements graves. La recommandation 2 est levée.
1.6 Un CODIR régulier concernant l'EHPAD contrôlé est-il mis en place ? joindre les 3 derniers PV	Oui	Les comptes rendus du CODIR hebdomadaire ont été remis (13/09/2023, 27/09/2023, 18/10/2023). Le CODIR aborde des sujets relatifs à la gestion de l'EHPAD, à son organisation et traite également de points se rapportant à la prise en charge des résidents. Les comptes rendus retrouvent les réflexions/décisions prises en séance et leur suivi.					
1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	Oui	Le projet d'établissement remis couvre la période 2022-2026. Il a été consulté par le CVS le 19/04/2022 et adopté en conseil d'administration le 21/04/2022.  Le document renvoie à plusieurs annexes. L'annexe, "fiches actions" se rapportant à des enjeux déclinés en axes a été remise. Elle précise pour chaque action, l'objet, le responsable et l'échéance. En revanche, les annexes présentant le projet de soins, le projet de vie et le projet animation n'ont pas été transmises, ce qui ne permet pas de porter une appréciation sur leur contenu.  Par ailleurs, le projet d'établissement n'intègre pas de projet relatif à l'unité de vie protégée de l'EHPAD. Il ne présente pas non plus la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance mise en œuvre par l'établissement.	<b>Remarque 3 :</b> en l'absence de transmission des annexes au projet d'établissement relative au projet de soins, projet d'animation et projet de vie, il n'est pas possible de porter une appréciation sur le contenu du projet d'établissement.  <b>Ecart 2 :</b> le projet d'établissement ne traite pas de la lutte contre la maltraitance, ce qui contrevert à l'article L311-8 du CASF.  <b>Remarque 4 :</b> le projet d'établissement ne comporte pas de projet spécifique à l'unité Alzheimer, ce qui peut être préjudiciable à la réponse apportée aux besoins des résidents accompagnés dans cette unité.	<b>Recommendation 3 :</b> transmettre les annexes du projet d'établissement relatives au projet de soins, projet d'animation et projet de vie.  <b>Prescription 2 :</b> mettre à jour le projet d'établissement en y intégrant une annexe portant sur la prévention de la maltraitance conformément à l'article L311-8 du CASF.  <b>Recommendation 4 :</b> intégrer dans le projet d'établissement le projet spécifique pour l'accompagnement des résidents en unité Alzheimer.	Annexe projet de soins. Annexe projet d'animation. Projet de vie EHPAD. Projet de vie CANTOU. Projet d'établissement V4 (dont projet spécifique pour l'accompagnement des résidents en unité Alzheimer).	No avons dénoncé, depuis de nombreuses années dans la presse locale et auprès des autorités et Elus de tous niveaux, le non-financement spécifique des unités CANTOU. Il faut savoir qu'aujourd'hui ces unités, qui exigent des moyens humains plus importants (3 fois plus d'ASDE) pour accompagner la prise en charge thérapeutique, ne sont pas labellisées et donc pas financées de manière spécifique. Cela signifie que tous les moyens supplémentaires indispensables au fonctionnement de l'Unité CANTOU sont pris sur l'EHPAD classique, avec toutes les conséquences sur la prise en charge des Résidents et sur le travail de soignants, souvent au détriment de leur vie privée. Il est à noter également que certains EHPAD pratiquent pour leur CANTOU des tarifs hébergement majorés pour compenser le surcroît de ce personnel solignant supplémentaire. Ce qui est notre cas et particulièrement discriminant pour cette typologie de Résidents, alors même que l'action thérapeutique ne peut être conduite que par des soignants, sur budgets Dépendance et Soins. Nous nous trouvons toujours dans l'incapacité de disposer des ressources financières nécessaires pour assurer le bon fonctionnement de nos CANTOU, qui demeurent inexplicablement non labellisés, malgré un ratio ASDE trois fois plus coûteux qu'en Hébergement Permanent classique. Quelle entreprise, quel service public peut fonctionner ainsi ? Il est dès lors évident qu'exiger d'intégrer dans notre projet d'établissement le projet spécifique pour l'accompagnement des résidents en unité Alzheimer est incompréhensible et totalement irréaliste, même avec la meilleure bonne volonté du monde ! Cf. note de Monsieur Jean-Paul LAVAL "Supprimer le CANTOU".	Le projet médical, d'animation, de vie en EHPAD et de vie unité en CANTOU ont été remis. Ils n'appellent pas à de remarque particulière. Il est pris note de l'engagement de l'EHPAD à réaliser un accompagnement soutenu des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou autres maladies apparentées et de ses difficultés réelles que le maintien de cette activité entraînent.  En revanche, il et relevé que le projet d'établissement n'intègre pas la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance mise en place par l'établissement. Pour rappel, sont notamment précisés les moyens de repérage des risques de maltraitance, ainsi que les modalités de signalisation et de traitement des situations de maltraitance et celle de la réalisation d'un bilan annuel portant sur les situations survenues dans l'établissement. Sont également précisées les modalités de communication auprès des résidents, ainsi que les actions et orientations en matière de gestion du personnel, de formation et de contrôle.  Les recommandations 3 et 4 sont levées. La prescription 2 est maintenue.
1.8 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	Oui	Le règlement de fonctionnement de l'établissement a été remis. Il ne comporte pas de date d'actualisation ni de mention de sa consultation par le CVS.  Par ailleurs, il ne prévoit pas les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles et ne rappelle pas que les faits de violences sur autrui sont susceptibles d'entraîner des procédures administratives et judiciaires.	<b>Ecart 1 :</b> en l'absence d'une date d'actualisation et de consultation par le CVS du règlement de fonctionnement, l'établissement n'atteste pas de la conformité de l'établissement aux articles L311-7 et R311-33 du CASF.  <b>Ecart 2 :</b> en ne prévoyant pas les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles et en n'indiquant pas que les faits de violences sur autrui sont susceptibles d'entraîner des procédures administratives et judiciaires, le règlement de fonctionnement contrevient aux articles R311-35 et R311-37 du CASF.	<b>Prescription 1 :</b> intégrer la date d'actualisation du règlement de fonctionnement et de sa consultation par le CVS, afin d'attester de la conformité de l'établissement aux articles L311-7 et R311-33 du CASF.  <b>Prescription 2 :</b> actualiser le règlement de fonctionnement en y intégrant les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles et en indiquant que les faits de violences sur autrui sont susceptibles d'entraîner des procédures administratives et judiciaires, conformément aux articles R311-35 et R311-37 du CASF.	Prescription 2 : Protocole maltraitance EHPAD Sainte Monique.pdf	Le règlement de fonctionnement qui doit être prochainement révisé intégrera dorénavant les dates de révision, de consultation par le CVS ainsi que de validation par le CA.  Nous intégrerons dans le règlement de fonctionnement prochainement les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles et en indiquant que les faits de violences sur autrui sont susceptibles d'entraîner des procédures administratives et judiciaires, conformément aux articles R311-35 et R311-37 du CASF.  Nous disposons en attendant d'un « Protocole maltraitance ». Extrait : LE ROLE DE LA DIRECTION Elle prend avis, s'il y a lieu, des personnes concernées ou susceptibles d'apporter un éclairage complémentaire. Elle organise une réunion de Commission avec, le médecin coordonnateur, l'IDEC, le RH, un membre du personnel. Elle tient par écrit la liste de la procédure suivie dans l'ordre chronologique : • personnes contactées, • double des écrits, • interventions dans l'établissement, • convocations. Elle décide, au vu des différents éléments en sa possession : • d'un signalement judiciaire auprès du Procureur de la République et/ou administratif auprès des services de la Direction de la Solidarité Départementale, et de la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales,	Il est pris note de l'engagement de l'EHPAD et de la mise en place du Protocol maltraitance.  Les prescriptions 1 et 2 sont levées.
1.9 L'établissement dispose-t-il d'un(e) IDEC ? Joindre son contrat de travail pour le privé ou son arrêté de nomination pour le public.	Oui	La responsable infirmière est présente à temps complet, depuis le 01/09/2020. En atteste son contrat de travail à durée indéterminée remis.					

1.10 L'IDEC dispose-t-il/elle d'une formation spécifique à l'encadrement ? Joindre le justificatif	Oui	L'établissement a remis le curriculum vitae de l'IDEC, qui présente les formations qu'elle a suivie avant de prendre ses fonctions de responsable infirmier. Aucune des formations listées n'est en lien avec le management/encadrement d'équipe soignante. Les formations suivies depuis son recrutement n'ont pas été transmises. L'établissement n'atteste donc pas que l'IDEC a bénéficié d'une formation spécifique à l'encadrement pour faciliter sa prise de poste en 2020 et l'aider à d'assurer ses missions de management de proximité, de coordination et de pilotage de l'équipe soignante.	<b>Remarque 5 :</b> l'infirmière référente en poste ne dispose pas de formation spécifique lui permettant d'assurer ses missions d'encadrement, ce qui peut la mettre en difficulté.	<b>Recommendation 5 :</b> accompagner l'IDEC dans un processus de formation pour acquérir des compétences managériales.		L'occasion d'attirer l'attention sur le fait que dans un petit EHPAD comme Sainte-Monique, l'IDEC participe au roulement infirmier lors des absences non pourvues par l'intérim et pour tous les congés. Il lui arrive également de remplacer les ASDE et ASL pour assurer la continuité des services. L'occasion de lui rendre hommage en espérant qu'elle ne finisse pas par se dégoûter comme toutes les soignantes qui quittent le métier, à cause des exigences toujours plus importantes, notamment en matière administrative, sans moyens pour y faire face.	Il est bien compris que le contexte de travail des soignants rend difficile des temps hors site pour suivre des formations. Pour autant, l'établissement a une obligation d'accompagnement de ses salariés au moment de la prise de poste et tout au long de leur vie professionnelle. La formation professionnelle constitue un outil majeur pour développer les compétences des agents et permettre à l'établissement de s'appuyer sur des professionnels compétents et aptes à assurer leurs fonctions. C'est un gage de sécurité des résidents aussi. Différentes modalités de formation existent avec des formats souples et courts dans le temps comme des formations en e-learning par exemple. La formation de l'IDEC doit être envisagée dans le cadre du plan de formation de l'établissement.	
La recommandation 5 est maintenue.								
1.11 L'établissement dispose-t-il d'un MEDEC ? Son temps de travail est-il conforme à la réglementation ? Joindre son contrat de travail et son planning mensuel réalisé (le mois précédent).	Oui	Les éléments de réponse ne sont pas cohérents. En effet, le poste de médecin coordonnateur (MEDEC) pour 0,23 ETP est déclaré vacant en réponse à la question 1.2 et un avenant, daté du 24/02/2021, au CDI du docteur , MEDEC à 0,23 ETP est remis. L'avenant précise que le MEDEC est embauché à l'EHPAD Sainte-Monique suite à la fermeture du site de l'EHPAD Les Buissonnets et au transfert des résidents à l'EHPAD Paradis. Cela laisse supposer que le MEDEC est toujours en poste.	<b>Ecart 3 :</b> les éléments transmis contradictoires ne permettent pas d'établir si l'établissement est doté d'un MEDEC, comme exigé par l'article D312-156 du CASF.	<b>Prescription 3 :</b> apporter des éléments de réponse sur la présence ou non d'un MEDEC au sein de l'EHPAD afin d'attester que l'établissement est conforme à l'article D312-156 du CASF.		L'EHPAD Sainte-Monique évolue dans un environnement marqué par la désertification médicale. Les médecins traitants du secteur jouent un rôle central en assurant le suivi médical de nos 50 résidents, démontrant un engagement exemplaire envers l'institution. Notre MEDEC qui est parti à la retraite a repris dernièrement le service pour un temps très limité. Nous comprenons parfaitement l'obligation légale d'augmenter le temps du travail du MEDEC à hauteur de 0,40 ETP, mais dans les conditions actuelles deux problèmes font obstacle à sa mise en œuvre : l'absence de candidature de médecins au poste de MEDEC en raison de leur obligation de maintenir leur Cabinet libéral pour servir la population locale et la difficulté à mobiliser les crédits nécessaires pour financer le 0,20 ETP supplémentaire. Promettre de faire mieux à court terme relèverait de la promesse fallacieuse.	L'établissement est confronté à des réelles difficultés qui empêchent pour l'instant le retour à une situation sereine et conforme. Il est bien pris compte des actions menées pour éviter que la situation ne s'aggrave. Le MEDEC ne peut augmenter son temps de travail et le recrutement de MEDEC est compliqué.	
		Dans l'éventualité où ce dernier est toujours présent dans l'établissement, son temps de travail est en-deçà du temps de présence requis par les textes : 0,40 ETP pour une capacité de 50 places. Enfin, à la lecture du contrat de travail, la mission relève que le MEDEC, âgé de 72 en décembre 2023, est en droit de faire valoir ses droits à la retraite. Il serait prudent que l'établissement envisage de préparer son remplacement, si cela n'est pas déjà fait.	<b>Ecart 4 :</b> le temps de présence du médecin coordonnateur dans l'établissement n'est pas conforme aux exigences de l'article D 312-156 du CASF.	<b>Prescription 4 :</b> augmenter le temps de médecin coordonnateur à 0,40 ETP, au regard de la capacité autorisée et conformément à l'article D312-156 du CASF.	<b>Recommendation 6 :</b> anticiper le départ du MEDEC en poste de l'EHPAD "Sainte-Monique".		<b>Propositions d'amélioration :</b> Le travail de l'IDEC permet de préparer et faciliter les interventions du MEDEC (ou des médecins traitants) à condition que son temps ne soit pas employé pour remplacer les IDE, les ASDE et même les ASL afin d'assurer la continuité des services dans cette période de crise sévère et durable du recrutement. D'autres mesures pour attirer d'autres professionnels de la santé dans la région ou pour renforcer la collaboration avec d'autres institutions médicales peuvent également améliorer les temps d'intervention du MEDEC. Un travail a été réalisé dans ce sens par notre MEDEC pour installer une coordination plus étroite avec l'ensemble de nos partenaires. Malgré toute notre bonne volonté et celle de notre MEDEC actuel, nous ne pouvons faire ni plus, ni mieux pour le moment !	<b>La prescription 3 et la recommandation 6 sont levées.</b> <b>La prescription 4 est maintenue, dans l'attente que l'établissement soit en mesure de recruter un MEDEC à 0,4 ETP.</b>
1.12 Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? Joindre le ou les justificatifs.+A26	Oui	L'établissement a remis l'attestation de cycle de formation de MEDEC en EHPAD. L'attestation, datée du 04/08/2011, atteste de la qualification du médecin pour exercer les fonctions de MEDEC.						
1.13 La commission gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle régulièrement ? Joindre les 3 derniers PV.	Oui	L'établissement a remis un seul document , qui est le diaporama de présentation ("commission gériatrique EHPAD Sainte-Monique") de la commission de coordination gériatrique qui s'est tenue en 2021. Aucun compte rendu de réunions antérieures ou organisées en 2022 ou 2023 n'a été transmis. En conséquence, l'établissement n'atteste pas de la tenue régulière de cette commission.	<b>Ecart 5 :</b> la commission de coordination gériatrique ne se réunit pas régulièrement, ce qui contrevient à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	<b>Prescription 5 :</b> réunir la commission de coordination gériatrique au moins une fois par an, en vertu de l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	<b>Courrier commission gériatrique 170523.pdf</b>	<b>Nous avons convoqué les Médecins traitants pour la Commission Gériatrique le 17/05/23. Aucun n'a répondu à notre invitation, faute de pouvoir se rendre disponible. Nous avons donc annulé la réunion sans avoir d'autre disponibilité pour la reprogrammer.</b> <b>Nous prévoyons de réunir la Commission de Coordination Gériatrique en 2024, en espérant que nos médecins traitants et partenaires de santé parviendront à se libérer pour y participer...</b>	<b>Il est dommage que les médecins traitants n'aient pas répondu favorablement à l'invitation de la commission de coordination gériatrique du mercredi 17 mai 2023. L'EHPAD avait pourtant réuni toutes les conditions nécessaires pour que cette réunion les mobilise : les thématiques à l'ordre du jour, le moment choisi entre 12h30 et 14h agréement d'un apéritif gourmand. Il est bien noté que l'établissement maintient ses efforts et programmera en 2024 une nouvelle commission de coordination gériatrique.</b> <b>La prescription 5 est levée.</b>	
1.14 Le rapport d'activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2022).	Oui	L'établissement a remis le RAMA 2022. Il présente l'évolution générale de l'état de santé et de dépendance des résidents. Il est conforme aux attendus réglementaires.						
1.15 L'établissement a-t-il une pratique régulière de signalement aux autorités de contrôle des événements indésirables (EI) et ou événements indésirables graves (EIG)? Joindre les signalements des EI/EIG réalisés depuis le 1er janvier 2022 et 2023.	Oui	L'établissement a remis les tableaux de bord des chutes recensées en 2022 et 2023.	<b>Ecart 6 :</b> en l'absence de transmission des signalements réalisés en 2022 et 2023 auprès des autorités, l'EHPAD n'atteste pas de l'information sans délit, de tout dysfonctionnement grave dans sa gestion et son organisation, susceptible d'affecter la prise en charge des résidents, tel que prévu à l'article L331-8-1 du CASF.	<b>Prescription 6 :</b> transmettre les signalements des EIG remontés aux autorités administratives de contrôle en 2022 et 2023 afin d'attester de l'information sans délit, de tout dysfonctionnement grave dans la gestion et l'organisation de l'EHPAD, susceptible d'affecter la prise en charge des résidents, conformément à l'article L331-8-1 du CASF.		<b>Il n'y a pas eu de déclarations remontées aux autorités. Cela fait partie de notre axe d'amélioration en 2024.</b> <b>Toutefois, nous disposons de tout le suivi des EI réalisées via le logiciel NetSoins.</b>	<b>Il est pris note de l'engagement de l'établissement de déclarer tout événement indésirable grave survenu au sein de l'EHPAD. L'axe de travail en lien avec la déclaration des EIG en place qui est présenté en réponse, peut effectivement contribuer à une meilleure remontée aux autorités administratives des dysfonctionnements graves.</b> <b>La prescription 6 est levée.</b>	
1.16 L'établissement s'est-il doté d'un dispositif de gestion globale des EI/EIG : de la déclaration en interne, traitement de l'événement, réponse apportée à l'analyse des causes ? Joindre le tableau de bord EI/EIG qui mentionne ces actions, depuis le 1er janvier 2022 et 2023.	Oui	L'établissement a remis plusieurs protocoles récents expliquant comment déclarer et qui posent les modalités de traitement des événements indésirables, ce qui démontrent que l'établissement est bien outillé pour déclarer. Pour autant, il était attendu le tableau de bord qui recense les EI/EIG déclarés de l'EHPAD 2022/2023 (de la déclaration en interne, traitement de l'événement et réponse apportée à l'analyse des causes). En l'absence de ce document, il n'est pas avéré que la gestion et le suivi des événements indésirables est une pratique mise en place dans l'établissement pour garantir la sécurité des résidents et améliorer la qualité des soins, alors même que tous les outils permettant le signalement sont bien en place.	<b>Ecart 7 :</b> en l'absence de transmission du tableau de gestion et suivi des EI/EIG, l'établissement n'atteste pas de la mise en place d'un dispositif effectif de recueil, d'analyse et de suivi des EI/EIG ; la sécurité et la santé des résidents pourraient être menacées, ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF.	<b>Prescription 7 :</b> transmettre le tableau de bord des EI/EIG 2022 et 2023, afin d'attester que l'établissement garantit la sécurité des résidents et de vérifier la conformité de l'établissement à l'article L311-3 du CASF.	<b>Tableau de bord EI/EIG 2022.pdf</b> <b>Tableau de bord EI/EIG 2023.pdf</b>		<b>La réponse de l'établissement n'est pas satisfaisante. L'établissement a remis les bilans des chutes de 2022 et 2023. Ces documents attestent bien que l'établissement effectue un suivi des chutes survenues sur l'établissement.</b> <b>Pour autant, l'établissement veillera à élargir son analyse pour l'ensemble des EI/EIG survenus dans l'EHPAD afin de développer une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la prise en charge des résidents.</b> <b>La prescription 7 est maintenue. L'établissement veillera à la mise en place d'un véritable outil de gestion et d'analyse des EI/EIG sur l'ensemble de l'établissement.</b>	
1.17 Avez-vous organisé de nouvelles élections du Conseil de la Vie Sociale (CVS) suite au décret du 25 avril 2022 ? Joindre la dernière décision instituant le CVS qui identifie chaque catégorie de membres.	Oui	Le document remis, daté du 28/02/2023, présente la composition du CVS : 4 représentants des résidents, 2/familles, 2/du personnel et 1/de l'organisme gestionnaire (conseil d'administration). Ce document mentionne que l'établissement a procédé à un appel à candidatures pour l'élection du CVS et qu'au 28/02/2023, l'ensemble "des postes titulaires ont été pourvus, sans dépassement des places réservées".						
1.18 Suite à la nouvelle élection du CVS, avez-vous procédé à l'approbation du nouveau règlement intérieur du CVS ? Joindre le PV du CVS se prononçant sur le règlement intérieur.	Oui	L'établissement a remis un compte rendu, daté du 15/06/2021, dans lequel il est précisé que le règlement de fonctionnement du CVS est adopté. Le règlement intérieur a aussi été remis.						
1.19 Joindre les 3 PV du CVS de 2022 et les derniers de 2023	Oui	L'établissement a remis trois comptes rendus du CVS : 19/04/2022, 21/10/2022 et 21/04/2023. Seuls deux CVS se sont déroulés en 2022.	<b>Ecart 8 :</b> en l'absence d'organisation de 3 CVS en 2022, l'EHPAD contrevert à l'article D311-16 du CASF.	<b>Prescription 8 :</b> réunir le CVS au moins 3 fois par an conformément à l'article D 311-16 du CASF.	<b>PV CVS EHPAD Sainte Monique du 270922.pdf</b>	<b>Nous réunissons habituellement le CVS 3 fois par an.</b> <b>Cela a été le cas en 2022 et en 2023. Vous trouverez le PV manquant pour l'année 2022 en pièce jointe.</b> <b>Nous allons imprimer à nouveau les CR des CVS pour qu'ils ne soient signés que par le Président du CVS afin de ne pas contrevenir à l'article D311-20 du CASF... même si nous avons quelque peine à comprendre en quoi notre pratique, inspirée des exigences de la vie associative, contrevent aux exigences dudit article, lequel stipule que le « relevé de conclusion est signé par le Président »... et non par le Président seul.</b>	<b>La réponse mentionne le respect des 3 CVS par an. Pour 2022, le constat est avéré. Le compte rendu du CVS de septembre a bien été remis en complément des 2 comptes rendus du CVS de 2022. En revanche, aucun compte rendu de CVS ne vient compléter celui d'avril 2023. C'est un oubli certainement de la part de l'établissement. Son engagement est néanmoins pris en compte.</b> <b>Concernant la demande de faire signer les comptes rendus du CVS par le seul président de l'instance, il est rappelé que c'est la réglementation qui l'impose. A ce sujet, il n'est pas besoin de reprendre les comptes rendus des CVS passés. Le principe est à mettre en œuvre à partir de maintenant, pour les prochains CVS qui seront organisés.</b> <b>Les prescriptions 8 et 9 sont levées.</b>	
2- Accueil Temporaire (Accueil de Jour et/ou Hébergement Temporaire)								
2.1 Combien de lits en HT et/ou places en AJ sont autorisés au 1er janvier 2023 ? Joindre le justificatif.								
2.2 Si hébergement temporaire : préciser le taux d'occupation de l'hébergement temporaire pour 2022 et pour les 6 premiers mois de 2023. Si accueil de jour : transmettre la file active pour 2022 et pour les 6 premiers mois de 2023. Joindre le justificatif.								
2.3 L'Accueil de Jour et/ou l'Hébergement Temporaire dispose(nt)-il(s) d'un projet de service spécifique ? Joindre le document.								

<b>2.4</b> L'Accueil de Jour ou/et l'Hébergement Temporaire dispose(nt-il)s d'une équipe dédiée ? Joindre le planning du service sur une semaine en affichant les codes, les noms et les fonctions occupées.							
<b>2.5</b> Quelle est sa composition en indiquant la qualification pour chaque poste occupé? Joindre les diplômes.							
<b>2.6</b> Le règlement de fonctionnement prévoit-il les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'Accueil Temporaire (Accueil de Jour et/ou Hébergement Temporaire)? Joindre le document.							