

RAPPORT de CONTROLE le 28/03/2023

EHPAD LES AMETHYSTES BELIGNEUX à BELIGNEUX_01

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

Thématique: CSP 6 / Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : Groupe Colisée

Nombre de places : 80 places : 75 places en HP dont 14 Alzheimer et mal. app. + 5 places en HT

Questions	Fichiers déposés OUI / NON	Analyse	Ecart / Remarques	Prescriptions/Recommandations envisagées	Nom de fichier des éléments probants	Réponse de l'établissement	Conclusion et mesures correctives définitives
1- Gouvernance et Organisation							
1.1 L'établissement dispose-t-il d'un organigramme nominatif détaillant les liens hiérarchiques et fonctionnels ? Joindre le document.	Oui	L'organigramme de l'établissement remis est partiellement nominatif et non daté. Il présente les liens hiérarchiques entre les personnels de l'EHPAD. Les cadres et autres professionnels clés de l'EHPAD qui assistent au CODIR, CODIR élargi et COPIL sont identifiés sur l'organigramme, à l'aide de couleur et de la légende explicative.	Remarque 1 : l'absence de date sur l'organigramme de l'EHPAD ne permet pas de s'assurer que le document est régulièrement mis à jour.	Recommandation 1 : dater et mettre à jour régulièrement l'organigramme.		Fait par l'établissement	L'établissement n'a déposé aucun élément justificatif attestant sa déclaration. La recommandation 1 est maintenue. L'établissement veillera à dater l'organigramme à chaque mise à jour.
1.2 Quels sont les postes vacants : préciser la nature et la qualification du ou des poste(s) ?	Oui	L'établissement déclare au 19/10/2023 qu'un seul poste vacant d'ASD (sans précision du nombre d'ETP). Il indique également privilégier le recrutement de soignants diplômés.					
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	Le Directeur est titulaire d'une Maîtrise ès sciences de l'Université de Montréal (Canada) en administration des services de santé, option gestion du système de santé. Au vu de l'accord cadre franco-québécois de 2008 sur la reconnaissance des diplômes, le niveau "maîtrise" québécois correspond au niveau 7 en France.					
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 DUD du directeur, daté du 27/06/2022 est conforme à la réglementation.					
1.5 Une astreinte administrative de direction est-elle organisée et formalisée ? Joindre la procédure et le calendrier du 1er semestre 2023.	Oui	Un calendrier du 1er semestre 2023 a été remis. Trois prénoms sont positionnés sur l'ensemble des jours, chacun sur des périodes allant du lundi au dimanche suivant. Les prénoms sont ceux du Directeur, de l'adjoint de direction et l'IDEC (cf. organigramme remis). Le calendrier ne porte aucun titre, de type calendrier d'astreinte de direction, et les temps de permanence ou d'astreinte ne sont pas précisés. Il s'agit, semble-t-il, d'un simple pense-bête pour les 3 cadres. Aucune procédure d'astreinte n'a été remise en complément, ce qui laisse supposer que l'établissement n'en dispose pas, ce qui est peut-être préjudiciable pour le personnel qui peut se retrouver en difficulté, sans consignes claires, si un événement grave se produit.	Remarque 2 : l'absence de formalisation d'une procédure relative à l'astreinte administrative ne permet pas de poser clairement son fonctionnement et son organisation (cadres responsables, heure de début/fin, modalités de recours au cadre d'astreinte, etc.), ce qui peut mettre en difficulté les personnels, sans consignes claires.	Recommandation 2 : formaliser une procédure relative à l'organisation et au fonctionnement de l'astreinte administrative.		En cours de rédaction via un "book"	Il est bien noté que la rédaction n'est pas encore finalisée. En l'absence d'élément probant, la recommandation 2 est maintenue, dans l'attente de la finalisation de la rédaction d'une procédure relative à l'organisation et au fonctionnement de l'astreinte administrative.
1.6 Un CODIR régulier concernant l'EHPAD contrôlé est-il mis en place ? Joindre les 3 derniers PV	Oui	L'établissement a remis trois comptes rendus de CODIR : du 07/09/2023, 03/10/2023 (erreur de date sur le compte rendu) et 17/10/2023. Leur contenu est organisé autour de thématiques : restauration, hôtellerie, soins, recrutement, animation. Mais, les éléments retranscrits sont particulièrement succincts et il n'est pas précisé qui est présent au CODIR. Les comptes rendus consultés ne formalisent pas les échanges entre les personnes présentes, n'indiquent pas qui a dit quoi et les décisions prises.	Remarque 3 : les comptes rendus des réunions du CODIR, très succincts, ne rendent pas compte des échanges et des décisions qui y sont prises.	Recommandation 3 : formaliser davantage les comptes rendus de CODIR.		Bonne prise de connaissance de cette recommandation, les comptes rendus seront davantage formalisés	Il est pris note de l'engagement de l'établissement à formaliser davantage les comptes rendus de CODIR. La recommandation 3 est levée.
1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	Oui	Le projet d'établissement remis a été mis à jour en décembre 2022 et a été consulté par le CVS. Globalement, le document décrit le fonctionnement de l'EHPAD. Néanmoins, il est noté que certains éléments prévus par la réglementation font défaut comme les actions de coopération nécessaires à la réalisation du volet relatif aux soins palliatifs, le cas échéant dans le cadre des réseaux sociaux ou médico-sociaux" ou encore les plans de formations spécifiques des personnels relatifs aux soins palliatifs ou encore la description du projet spécifique à l'hébergement temporaire et à l'accueil en UVP des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou autres maladies apparentées. Par ailleurs, le projet d'établissement ne présente pas les orientations stratégiques et les principales actions à mener pour décliner les objectifs pour les 5 ans couverts par le projet d'établissement.	Ecart 1 : le projet d'établissement ne présente pas les mesures de coopération nécessaires à la réalisation des soins palliatifs et le projet spécifique de service pour l'hébergement temporaire, ce qui contrevient aux articles D311-38 et D312-9 du CASF. Remarque 4 : 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. Ecart 2 : en l'absence de formalisation d'objectifs à 5 ans dans projet d'établissement, l'EHPAD ne définit pas son action et son orientation stratégique pour les 5 ans et contrevient à l'article L311-8 du CASF.	Prescription 1 : compléter le projet d'établissement afin d'intégrer les dispositions des articles D311-38 et D312-9 du CASF. Recommandation 4 : intégrer dans le projet d'établissement un projet spécifique pour l'accompagnement des résidents en unité Alzheimer. Prescription 2 : formaliser et définir les objectifs/actions/orientations de l'établissement dans le projet d'établissement, afin de donner des repères aux professionnels et de conduire l'évolution des pratiques et de la structure dans son ensemble, conformément à l'article L311-8 du CASF.	Projet d'établissement Améthystes 2024	Le tout a été vu avec les membres du CODIR, le projet Alzheimer sera détaillé dans un second temps mais les prescriptions sont respectées.	Le projet d'établissement 2022, actualisé en janvier 2024, a été remis. Globalement, il présente les mêmes thématiques que le projet d'établissement initial 2022 et intègre les points attendus sur l'hébergement temporaire/court séjours, les soins palliatifs et les orientations stratégiques 2024-2029. Il est toutefois relevé l'absence de volet spécifique à l'unité Alzheimer de 14 places. Par ailleurs, les orientations stratégiques 2024-2029 de l'établissement présentées en page 52 sont peu développées. Elles ne sont pas déclinées en actions de mise en œuvre avec un calendrier, un pilote et des indicateurs posés pour chaque action, ce qui ne donne aucune visibilité sur la mise en œuvre réelle des objectifs du projet d'établissement. La recommandation 4 est maintenue. Compléter le projet d'établissement d'un volet sur l'unité Alzheimer. Les prescriptions 1 et 2 sont levées.
1.8 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	Oui	Le règlement de fonctionnement a été remis. Il ne mentionne pas de date de mise à jour, ni de consultation par le CVS. Le document n'a pas encore fait l'objet d'une modification de nom : l'ancien nom de l'EHPAD "EHPAD les Opalines Béliigneux" est toujours inscrit en page de garde. A sa lecture, il est relevé que ce document n'est pas finalisé, un certain nombre de parties du document sont surlignées. Enfin, il n'indique pas l'organisation et l'affectation à usage collectif des locaux, ni les mesures à prendre en cas de situations exceptionnelles.	Ecart 3 : en l'absence de la date d'actualisation du règlement de fonctionnement, l'EHPAD n'atteste pas que la périodicité de modification du document est respectée, conformément à l'article R311-33 du CASF. Ecart 4 : en l'absence de consultation du CVS sur le règlement de fonctionnement, l'EHPAD contrevient à l'article L 311-7 du CASF. Ecart 5 : en l'absence de mention dans le règlement de fonctionnement de l'organisation et l'affectation à usage collectif des locaux, des mesures à prendre en cas de situations exceptionnelles, le document contrevient à l'article R311-35 du CASF.	Prescription 3 : compléter le règlement de fonctionnement en inscrivant la date de sa dernière actualisation, conformément à l'article R311-33 du CASF. Prescription 4 : consulter le CVS, concernant toutes mises à jour du règlement de fonctionnement, conformément à l'article L311-7 du CASF. Prescription 5 : actualiser le règlement de fonctionnement en y intégrant les éléments se rapportant à l'organisation et l'affectation à usage collectif des locaux, des mesures à prendre en cas de situations exceptionnelles, conformément à l'article R311-35 du CASF.	Règlement de fonctionnement Les Améthystes	Vu avec la présidente du CVS et signé par celle-ci sur un document qui était en attente.	Le règlement de fonctionnement a été mis à jour et correspond à ce qui était attendu. Concernant la consultation du document par le CVS, la déclaration précise "vu par la présidente du CVS et signé par celle-ci sur un document qui était en attente". Cette information n'est pas claire et ne permet pas de savoir si le CVS a été véritablement consulté lors d'une réunion de l'Instance. Aucun élément probant ne permet d'attester que l'ensemble du CVS a bien été consulté sur le règlement de fonctionnement. La prescription 4 est maintenue. L'établissement veillera à assurer la consultation du règlement de fonctionnement de l'EHPAD par le CVS, lors d'une prochaine réunion de l'Instance. Les prescriptions 3 et 5 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	L'établissement a remis l'avenant au contrat de travail à durée indéterminée de l'IDEC. Il est mentionné qu'elle était auparavant présente depuis 2017 comme IDE et qu'à compter du 01/07/2022, elle occupe les fonctions "d'IDE coordinateur".					
1.10 L'IDEC dispose-t-il/elle d'une formation spécifique à l'encadrement ? Joindre le justificatif	Oui	Il est déclaré que l'IDEC en poste n'a pas bénéficié de formations spécifiques à l'encadrement. Depuis sa prise de fonction en juillet 2022, l'IDEC n'a donc pas été accompagnée par l'établissement pour bénéficier d'une formation spécifique à l'encadrement, pour lui permettre d'assurer les missions de management de proximité, de coordination et de pilotage de l'équipe pluridisciplinaire, ce qui peut la mettre en difficulté dans l'accomplissement de ses missions.	Remarque 5 : l'IDEC en poste n'a pas suivi de formation lui permettant d'acquérir les compétences professionnelles et managériales requises pour occuper ses fonctions d'IDEC, ce qui peut la mettre en difficulté dans l'accomplissement de ses missions.	Recommandation 5 : accompagner l'IDEC dans un processus de formation pour acquérir des compétences managériales requises pour occuper ses fonctions.		Contact avec l'école pour une formation IDEC	L'établissement déclare être en contact avec l'organisme de formation pour la formation de l'IDEC. Cet engagement est pris en compte. La recommandation 5 est levée.
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	L'établissement dispose d'un MEDEC à hauteur de 0,50 ETP, présent depuis mai 2021. En atteste le contrat de travail à durée indéterminée et le planning du MEDEC remis. Il est noté que le temps de présence du MEDEC est en-deçà du temps réglementaire prévu à 0,60 ETP, pour un établissement autorisé pour une capacité de 80 places.	Ecart 6 : le temps de présence du médecin coordonnateur dans l'établissement n'est pas conforme aux exigences de l'article D 312-156 du CASF.	Prescription 6 : régulariser le temps de présence du médecin coordonnateur dans l'établissement, conformément à l'article D312-156 du CASF.		Discussion avec la Médecin coordonnateur qui refuse d'augmenter son temps de présence car elle travaille en libéral	Il est pris note du refus du MEDEC d'augmenter son temps de travail de 0,10 ETP. La prescription 6 est levée.

1.12 Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? Joindre le ou les justificatifs.	Oui	L'établissement déclare que le MEDEC ne dispose pas des qualifications nécessaires à l'exercice de ses fonctions. Il est rappelé que l'article 13 du contrat de travail du MEDEC porte sur la formation du MEDEC, s'il n'est pas titulaire d'un diplôme gérontologique. Le MEDEC s'est donc "engagé à suivre un cursus de formation gérontologique validant à compter de la signature du contrat et apportera la preuve au chef d'établissement. Il devra avoir achevé avec succès ce cursus dans un délai de 3 ans à compter de la signature du contrat". Le MEDEC a donc jusqu'au 19/05/2024, pour remplir son engagement.	Ecart 7 : le médecin coordonnateur présent dans l'établissement n'a pas encore les qualifications nécessaires pour exercer le rôle de médecin coordonnateur, contrairement à ce qui est prévu à l'article D312-157 du CASF.	Prescription 7 : accompagner le médecin coordonnateur dans une démarche de formation qualifiante pour assurer les fonctions de coordination gériatrique, conformément à l'article D312-157 du CASF.		Recherche d'une formation en cours.	L'établissement est à la recherche d'une formation qualifiante pour le MEDEC. La prescription 7 est maintenue. Veiller à aller jusqu'au bout de la démarche de formation du MEDEC. Il n'est pas attendu de document probant en retour.
1.13 La commission gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle régulièrement ? Joindre les 3 derniers PV.	Oui	L'établissement déclare qu'il n'y a pas eu de commission de coordination gériatrique en 2022 et que suite au rachat de l'établissement, "les documents précédents sont introuvables".	Ecart 8 : en l'absence de transmission des PV de commission de coordination gériatrique, l'EHPAD n'atteste pas être ne conformité avec l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	Prescription 8 : organiser la commission de coordination gériatrique 2023, conformément à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.		Vu avec la médecin qui va chercher une date sous peu	Il est bien pris note de l'engagement de l'établissement de réunir la commission de coordination gériatrique "sous peu", en 2024. La prescription 8 est maintenue, dans l'attente de la tenue effective de la commission de coordination gériatrique. Il n'est pas attendu la transmission de document probant.
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. La mission prend bonne note de l'impact qu'a eu le changement de logiciel de soins sur sa rédaction.					
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 4 fiches de signalements d'EI/EIG élaborées par le groupe COLUSEE. Il est noté que l'ARS et le département de l'Ain n'ont été destinataires que d'une seule fiche, celle du 10/09/2023. Pour les autres, seul le directeur régional du groupe est mentionné dans la case "Autorité(s) administrative(s) informée(s)". Rien n'atteste que ces signalements ont été également transmis aux autorités de contrôle.	Ecart 9 : en l'absence de transmission de document attestant des signalements d'EI et EIG sur les 6 derniers mois, l'EHPAD n'atteste pas de l'information sans délai, aux autorités administratives compétentes, 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.	Prescription 9 : transmettre tout document attestant de l'information sans délai, aux autorités administratives compétentes 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.	différents mails	Les différents mails attestent des échanges avec les tutelles sur les EI. La terminologie "autorité administrative" n'a pas été la bonne.	Les différents échanges remis attestent effectivement de l'information aux autorités administratives compétentes de tout dysfonctionnement grave dans la gestion et l'organisation de l'EHPAD, susceptible d'affecter la prise en charge des résidents. La prescription 9 est levée.
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'évènement, 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 les mêmes documents que ceux transmis à la question 1.15. Il était attendu une extraction logicielle ou un tableau de bord retraçant les EI/EIG. Il est déclaré que les EI/EIG sont traités "au sein d'un logiciel interne (docolisée) puis traités lors des CODIR, CODIR élargis voir des COPILS."	Ecart 10 : en l'absence de transmission du tableau de bord des EI/EIG retraçant la déclaration en interne, le traitement de l'évènement et réponse apportée à l'analyse des causes, l'établissement ne justifie pas qu'il dispose d'un dispositif de gestion global des EI/EIG et n'atteste pas garantir la sécurité des résidents, telle que prévu par l'article L311-3 du CASF.	Prescription 10 : transmettre le tableau de bord des EI/EIG retraçant la déclaration en interne, le traitement de l'évènement, et la réponse apportée à l'analyse des causes, justifiant de la mise en place d'un dispositif de gestion global des EI/EIG permettant d'assurer la sécurité des résidents, conformément à l'article L311-3 du CASF.	Analyse FEI et EIG	Le document "docolisée", n'est que très peu facile à exporter mais en voici un tableau récapitulatif	Le tableau récapitulatif transmis atteste de la gestion et du suivi des EI/EIG au sein de l'établissement. La prescription 10 est levée.
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	La dernière décision instituant le CVS n'a pas été remise. L'établissement a présenté un document, non daté, informant de l'élection de deux représentantes des familles au CVS (qui se serait déroulée entre mai et juin d'après le compte rendu du CVS du 31/03/2023). Ce document indique également qu'il n'y a pas eu de candidature pour représenter les résidents. Aucun procès-verbal de carence d'élections correspondant ne semble avoir été rédigé.	Ecart 11 : en l'absence de transmission de la décision instituant le CVS, l'établissement n'atteste pas que sa composition est conforme à l'article D311-5 du CASF. Ecart 12 : en l'absence de procès-verbal de carence relatif aux élections des représentants des résidents, dont les fonctions ne sont pas pourvues, l'établissement contrevient à l'article D311-7 du CASF.	Prescription 11 : transmettre la décision instituant l'ensemble des membres du CVS (afin de vérifier sa conformité à l'article D311-5 du CASF. Prescription 12 : rédiger et transmettre le procès-verbal de carence des élections des représentants des résidents, tel que le prévoit l'article D311-7 du CASF.	Composition CVS et élections carence résidents	Les documents ont été créés et diffusés.	La note à l'intention des résidents remise atteste de la carence de candidat aux dernières élections des représentants de résidents au CVS. Le courrier de la direction à l'attention des résidents et des familles remis comme élément probant présente les représentants des résidents et des familles du CVS. Aucune information n'est donnée sur les représentants des professionnels et de l'organisme gestionnaire. L'établissement veillera à ce que toutes les représentations prévues pour composer le CVS, mentionnées dans le règlement intérieur du CVS, soient bien respectées et mises en place. Les prescriptions 11 et 12 sont levées.
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 déclare qu'il n'a pas procédé à l'approbation du règlement intérieur du CVS du fait des nombreuses hospitalisations de l'une des membres du CVS.	Ecart 13 : en l'absence de mise à jour du règlement intérieur du CVS suite aux dernières élections, l'EHPAD contrevient à l'article D311-19 du CASF.	Prescription 13 : doter le CVS d'un nouveau règlement intérieur, conformément à l'article D311-19 du CASF.	cvs_règlement intérieur en attente	En attente des prochaines élections pour être soumis au vote	Le projet de règlement intérieur de CVS a bien été élaboré. Il s'agit du modèle type rédigé par le siège du groupe gestionnaire. Il est très complet. Néanmoins, il est relevé que dans sa partie relative à "La carence du conseil de la vie sociale", il est mentionné : " <i>Lorsque le conseil de la vie sociale n'est pas mis en place, il est institué un groupe d'expression ou toute autre forme de participation.</i> " A ce sujet, il est rappelé que la mise en place du CVS s'impose réglementairement aux EHPAD et qu'aucune une autre forme de participation ne peut s'y substituer. La prescription 13 est levée.
1.19 Joindre les 3 PV du CVS de 2022 et les derniers de 2023	Oui	L'établissement a remis plusieurs comptes rendus de CVS : 09/06/2022, 29/06/2022, 25/07/2022, 05/09/2022, 05/01/2023, 31/03/2023 et 22/09/2023. Il est noté que le compte rendu du CVS du 25/07/2022 est vide, il correspond à la trame type non renseignée. La mission constate que lors des dernières réunions, les résidents ne sont plus représentés lors des CVS. Cela s'explique certes par le fait que les précédentes élections des représentants des résidents ont été infructueuses. Néanmoins, cela pose la question de la représentation des résidents au CVS qui n'est donc plus assurée. Des actions d'information et de sensibilisation des résidents doivent être conduites en interne à l'EHPAD par la direction pour favoriser les candidatures et leur montrer tout l'intérêt du CVS, qui est leur instance d'expression et de participation. C'est aussi un lieu de transmission des informations, qui permet de faire part de leurs remarques ou questions concernant la vie quotidienne au sein de l'établissement.	Ecart 14 : en l'absence de représentants des personnes accompagnées élues au CVS, l'établissement contrevient à l'article D311-5 du CASF.	Prescription 14 : élire les représentants des personnes accompagnées au CVS, conformément à l'article D311-5 du CASF.	Composition CVS et élections	En attente des prochaines élections, la date a été fixée	Il est pris note de la prochaine élection en février des représentants des résidents. La prescription 14 est levée.
2- Accueil Temporaire (Accueil de Jour et/ou Hébergement Temporaire)							
2.1 Combien de lits en HT et/ou places en AI sont autorisés au 1er janvier 2023 ? Joindre le justificatif.	Oui	Les éléments de campagne budgétaire 2023 de l'établissement remis attestent que celui-ci est autorisé pour 5 places en hébergement temporaire.					
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.	Oui	Il est déclaré que 1717 journées ont été occupées sur un total de 1825 (5 places d'hébergement temporaire) en 2022, ce qui représente 94.08 % ; 720 journées ont été occupées pour un total de 900 (5 places en hébergement temporaire) en 2023, soit 80 %. L'établissement n'a toutefois pas remis de justificatif.	Ecart 15 : en l'absence de justificatif de l'occupation des places en hébergement temporaire, l'établissement n'atteste pas du respect de son arrêté d'autorisation.	Prescription 15 : transmettre tout document justifiant la déclaration de l'EHPAD, afin d'attester du respect de son arrêté d'autorisation.	Suivi_Hebdo_TO_2022	Il s'agit d'un document interne colisée sur le nombre de résident en temporaire et permanent selon les jours et les semaines.	Le document suivi hebdo TO 2022 remis met en évidence une situation de sur-occupation des places en hébergement temporaire entre février et septembre 2022, à raison de 6, 7 voir 8 places occupées alors que la capacité autorisée en hébergement temporaire n'est que de 5 places maximum. Cela interroge sur le respect et la gestion des places autorisées. La prescription 15 est maintenue, l'établissement n'attestant pas de son respect de son arrêté d'autorisation de l'hébergement temporaire sur 2022. L'établissement doit veiller à respecter sa capacité arrêtée en hébergement temporaire.
2.3 L'Accueil de Jour et/ou l'Hébergement Temporaire dispose(nt)-t-il(s) d'un projet de service spécifique ? Joindre le document.	Oui	L'établissement déclare qu'il n'y a pas de projet spécifique à l'accueil des personnes en hébergement temporaire.	Cf. écart 1.	Cf. prescription 1.		Réécriture faite	L'intégration dans le projet d'établissement d'un volet spécifique à l'UVP n'a pas été réalisée, ce qui renvoie à la recommandation 4 maintenue (et non à la prescription 1).
2.4 L'Accueil de Jour ou/et l'Hébergement Temporaire dispose(nt)-t-il(s) d'une équipe dédiée ? Joindre le planning du service sur une semaine en affichant les codes, les noms et les fonctions occupées.	Oui	L'établissement n'a pas mis en place d'équipe dédiée à la prise en charge des personnes en hébergement temporaire, ce qui peut fragiliser la prise en charge des résidents en HT, par une réponse non adaptée aux besoins spécifiques des résidents sur ce type d'accueil.	Remarque 6 : l'absence de personnel dédié pour prendre en charge les résidents accueillis sur les 5 places d'hébergement temporaire, n'atteste pas que la prise en charge pour ce public soit organisée et adaptée aux besoins de ces résidents.	Recommandation 6 : organiser et formaliser la prise en charge du public accueilli sur les 5 places d'hébergement temporaire, avec du personnel dédié.		Sera vu en COPIL élargi et notamment avec l'ergothérapeute et le psychomotricien pour développer le retour à domicile	Il est pris acte de l'engagement de l'EHPAD d'entamer une réflexion sur la mise en place d'une équipe dédiée à l'hébergement temporaire. La recommandation 6 est levée.

2.5 Quelle est sa composition en indiquant la qualification pour chaque poste occupé? Joindre les diplômes.	Oui	En l'absence d'équipe dédiée à l'hébergement temporaire, l'établissement n'est pas concerné par la question 2.5.					
2.6 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.	Oui	L'établissement déclare que cette question ne le concerne pas. Il est rappelé que le règlement de fonctionnement doit obligatoirement prévoir et organiser le fonctionnement de la prise en charge des personnes en hébergement temporaire.	Ecart 16 : en l'absence de définition des modalités d'organisation de l'hébergement temporaire, dans le règlement de fonctionnement, l'établissement contrevient aux articles L311-7 et D312-9 du CASF.	Prescription 16 : définir les modalités d'organisation de l'hébergement temporaire et l'intégrer dans le règlement de fonctionnement en vertu des articles L311-7 et D312-9 du CASF.	Règlement de fonctionnement Les Améthystes	Vu et signé en CVS par la présidente	Les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'hébergement temporaire sont bien intégrées dans le règlement de fonctionnement de l'EHPAD. La prescription 16 est levée.