

RAPPORT de CONTROLE le 28/03/2024

EHPAD RESIDENCE LES BAINS à SAINT PERAY_07

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

Thématique: CSP 6 / Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : SAS COLISEE PATRIMOINE GROUP

Nombre de places : 56 places dont 50 places HP et 6 places en HT

Questions	Fichiers déposés OUI / NON	Analysé	Ecarts / 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 a été remis. Il est nominatif mais non daté. Il présente l'ensemble du personnel de l'EHPAD et précise s'ils sont en CDI ou en CDD de longue durée. Les liens hiérarchiques sont précisés.	Remarque 1 : l'absence de date sur l'organigramme nominatif de l'EHPAD ne permet pas de s'assurer que le document est régulièrement mis à jour.	Recommandation 1 : s'assurer de la mise à jour régulière de l'organigramme en le datant.	R1 - CONTROLE SUR PIECES ARS - Organigramme	R1 : La date est indiquée sur l'organigramme et celui est mis à jour à chaque changement. La dernière mise à jour de l'organigramme a été faite le 17/12/2023 à la suite de la mise à jour du document	Dont acte. La recommandation 1 est levée.
1.2 Quels sont les postes vacants : préciser la nature et la qualification du ou des poste(s) ?	Oui	L'établissement a remis son tableau des postes vacants, mis à jour le 13/01/2023. Deux postes vacants d'AS y sont inscrits, sans mentionner le nombre d'ETP s'y rapportant.					
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	La Directrice est titulaire du CAFERUIS, diplôme de niveau 6. Au regard du ERRD 2021 de l'EHPAD, la Directrice dispose des qualifications nécessaires pour exercer sa fonction.					
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	Une délégation de pouvoir a été remise. Elle correspond aux attendus réglementaires.					
1.5 Une astreinte administrative de direction est-elle organisée et formalisée ? Joindre la procédure et le calendrier du 1er semestre 2023.	Oui	Une astreinte administrative est en place. En atteste le planning de mars à décembre 2023 remis ainsi que la procédure d'appel des numéros d'astreinte. La procédure est complète et présente des exemples de situations pour lesquelles le recours à l'astreinte est nécessaire. A la lecture des documents, il est relevé que l'astreinte repose sur la Directrice et l'IDEC de l'établissement. Il est constaté que ces dernières peuvent être amenées à effectuer plusieurs semaines d'astreintes consécutives, ce qui peut être une source d'épuisement professionnel.	Remarque 2 : en faisant reposer l'astreinte de direction sur la directrice ou l'IDEC sur plusieurs semaines consécutives, la responsabilité de l'astreinte administrative peut devenir un facteur de risque en matière d'épuisement professionnel pour ces professionnels.	Recommandation 2 : veiller à répartir le nombre de jours d'astreinte de direction de façon plus équilibrée entre les 2 cadres qui assurent l'astreinte, afin d'éviter effectuer plusieurs semaines consécutives d'astreintes.	R2 - CONTROLE SUR PIECES ARS - Calendrier d'Astreinte de direction mis à jour	R2 : Depuis le 1er février, le planning des astreintes a été modifié. L'IDEC et la directrice sont d'astreinte	Le planning remis confirme qu'un changement a été opéré sur le roulement de l'astreinte, porté par le directeur, arrivé en octobre 2023 et l'IDEC. 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	Un CODIR régulier est mis en place. En atteste les comptes rendus remis du : 21/09/2023, 29/09/2023, 04/10/2023 et 11/10/2023. Le CODIR aborde des sujets relatifs à la gestion et à l'organisation de l'EHPAD ainsi que sur la prise en charge des résidents.					
1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	Oui	Le projet d'établissement a été mis à jour en mars 2022, mais il ne fait pas état de sa consultation par le CVS. Ce document intègre un projet de bientraitance, mais n'aborde pas la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance mise en œuvre au sein de l'établissement, notamment en matière de gestion du personnel, de formation et de contrôle. Par ailleurs, le projet d'établissement ne comporte pas de dimension prospective. Il ne présente pas d'objectifs, déclinés en actions de mise en œuvre, sur les 5 années qu'il couvre.	Remarque 3 : en l'absence de mention dans le projet d'établissement de sa consultation par le CVS, l'EHPAD n'atteste pas qu'il est conforme à l'article L311-8 du CASF.	Recommandation 3 : Intégrer dans le projet d'établissement la date de consultation du CVS, conformément à l'article L311-8 du CASF.	R3 - CONTROLE SUR PIECES ARS - ODI CVS 20240207 Consultation PE P1 et P2 - CONTROLE SUR PIECES ARS - PE révisé	R3 : Le PE a été présenté au CVS lors de notre dernière réunion en date du 07/02/2024 (ordre du jour du CVS). P1 : Un volet autour de la prévention et lutte contre la maltraitance a été ajouté au PE (p. 23) P2 : Ce travail sera consécutif à la prescription 1. Il pourra être réalisé grâce à un diagnostic de terrain via les outils Colisée (ci-joint) qui viendront en appui de la réflexion d'ensemble.	Concernant la validation du projet d'établissement (PE) par le CVS, il est transmis l'ordre du jour du CVS du 7 février 2024, qui mentionne la consultation sur le PE établi en 2022. Cela sous-entend donc qu'au moment de l'élaboration du PE en 2021/2022, ce dernier n'avait pas à l'époque été soumis au CVS. Par ailleurs, la lecture du PE atteste qu'un point sur la prévention de la maltraitance a été rajouté. Pour ce qui concerne les objectifs du PE, il est dommage que la dimension prospective du PE n'ait pas été posée dès son élaboration. Cela démontre que le PE n'a pas été pensé comme un outil stratégique par la direction de l'époque. La recommandation 3 est maintenue, dans l'attente de la tenue effective du CVS de février 2024. La prescription 1 est levée. La prescription 2 est maintenue dans l'attente de la mise en place des objectifs, déclinés en actions de mise en œuvre sur les 5 ans du PE.
1.8 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	Oui	Le règlement de fonctionnement a été remis. Il a pris effet le 19/04/2023. Il correspond aux attentes réglementaires.					
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'IDEC a été recrutée en qualité d'IDEC en 2020, en CDI à temps complet. Par avenant à son contrat de travail initial, elle devient Infirmière coordinatrice à compter du 03/03/2023.					
1.10 L'IDEC dispose-t-il/elle d'une formation spécifique à l'encadrement ? Joindre le justificatif	Oui	L'établissement a remis le plan de formation 2023 validé le 20/04/2023, intitulé "plan de développement des compétences prévisionnel 2023". Dans la rubrique "professionnalisation", l'IDEC est inscrite à la formation : "Devenir IDEC". Il est noté sur un post-it qu'il n'y a pas de disponibilité au 13/10/2023. Il est bien acté que l'inscription de l'IDEC à cette formation est acquise. L'organisme retenu pour assurer cette formation est "Pass évolution", et correspond à une offre de formation interne au groupe gestionnaire, dans le cadre des "parcours d'évolution interne". Le contenu de cette offre de formation "devenir IDEC" aurait été la bienvenue pour apprécier le contenu de la formation proposée pour devenir IDEC.	Remarque 4 : en l'absence de transmission d'informations sur le contenu de la formation "devenir IDEC" que doit suivre l'IDEC, l'établissement n'atteste pas que celle-ci bénéficiera d'une formation spécifique à l'encadrement lui permettant d'exercer ses missions sans difficultés.	Recommandation 4 : transmettre le contenu de la formation "devenir IDEC", organisée dans le cadre du "Pass évolution" du groupe gestionnaire, afin d'attester que cette formation correspond bien à une formation spécifique à l'encadrement qui permettra à l'IDEC d'exercer ses missions d'encadrement de l'équipe soignante sans difficulté.		R4 : la formation « devenir IDEC » est plutôt un parcours d'intégration fait avec un IDEC plus expérimenté d'un autre site du groupe. Il n'existe pas de contenu à proprement parlé de cette formation	Il est bien noté que la formation attendue n'est pas au format classique mais davantage un tutorat mis en œuvre, entre pairs. La recommandation 4 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 a remis le contrat de travail à durée indéterminée du MEDEC, daté du 21/02/2022. Ce dernier est présent sur l'établissement les lundis, mercredis et jeudis, chaque semaine pour un total de 0,50 ETP.					
1.12 Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? Joindre le ou les justificatifs.	Oui	L'établissement a remis une série de documents attestant de l'inscription pour l'année universitaire 2023-2024 au DU de MEDEC en EHPAD en enseignement à distance à l'université de la Sorbonne. Ont été remis un échange de mails portant sur l'autorisation d'inscription au DU de MEDCO en EHPAD ainsi que l'autorisation d'inscription en pièce jointe et deux échanges de mails confirmant la finalisation de l'inscription du MEDEC.					

1.13 La commission gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle régulièrement ? Joindre les 3 derniers PV.	Oui	L'établissement déclare que la commission de coordination gériatrique n'a pas été mise en place en 2022 et qu'elle est à prévoir pour la fin d'année 2023. Il est pris bonne note de cette déclaration. Il est donc attendu au contraire le compte rendu de la commission de coordination gériatrique réalisée fin 2023.	Ecart 3 : en l'absence de mise en place de la commission de coordination gériatrique, l'EHPAD contrevent à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	Prescription 3 : transmettre le compte rendu de la commission de coordination gériatrique de fin 2023 permettant d'attester de la mise en conformité de l'établissement avec l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	P3 - CONTROLE SUR PIECES ARS - Invitation CCG 2024 2.doc P3 - CONTROLE SUR PIECES ARS - Liste d'invitation CCG 20240410 P3 et P2 - CONTROLE SUR PIECES ARS - Stratégie médicale et d'accompagnement Indicateurs RSE santé	3 : Il n'y a pas eu de commission de coordination gériatrique durant l'année 2023 (le changement de direction et la faible présence du Medec sur l'année n'ont pas permis sa réalisation). Une CCG est programmée pour avril 2024	Il est clairement explicité les raisons de l'absence de réunion en 2023 de la commission de coordination gériatrique. L'établissement compte en organiser une le 10/04/2024. La liste des invités est transmise. Pour l'équipe médicale et soignante de l'EHPAD, seul le MEDEC et la psychologue et l'infirmière coordinatrice sont invités. La réunion aurait pu être ouverte à davantage de professionnels soignants. L'invitation est aussi remise. L'heure de réunion choisie devrait faciliter la présence des professionnels libéraux dans un cadre convivial. La prescription 3 est levée.
1.14 Le rapport d'activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2022).	Oui	Le Rama 2022 a été remis. A sa lecture, il est relevé que plusieurs thématiques ne sont pas complétées, telles que la dénutrition, la contention et la iatrogénie.	Remarque 5 : en l'absence d'informations dans certaines rubriques, le RAMA ne présente pas les modalités de prise en charge des soins et de l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents de manière complète.	Recommendation 5 : compléter les thématiques relatives à la dénutrition, la contention et à la iatrogénie afin d'avoir une vision complète sur les modalités de la prise en charge des soins et de l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents.	R5 - CONTROLE SUR PIECES ARS - RAMA 2023	R5 : Les thématiques ont été ajoutées au RAMA 2023	Le document est complet. La recommandation 5 est levée.
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 deux formulaires de signalement des EI adressés au Président du Conseil Départemental, au Préfet et au procureur, en date du 12/05/2022 et du 12/09/2023. Ces EI sont relatifs à des faits de violences de la part d'un résident sur plusieurs personnes et d'une situation de conflit avec la famille d'une résidente. Six autres signalements internes au groupe ont été adressés à la mission. Aucun d'eux ne mentionne si une autorité administrative a été informée. La mission relève que trois d'entre eux nécessitaient une information sans délai aux autorités administratives : ceux du 18/02/2023, 28/02/2023 et 06/01/2023. L'établissement n'atteste donc pas de l'information sans délai systématique aux autorités administratives compétentes, de tout dysfonctionnement grave dans sa gestion et son organisation, susceptible d'affecter la prise en charge des résidents.	Ecart 4 : en l'absence de signalement de certains EI sur 2022 et 2023 aux autorités administratives compétentes, l'EHPAD n'atteste pas d'assurer de manière complète et continue dans le temps l'information sur son organisation, susceptible d'affecter la prise en charge des résidents, conformément à l'article L331-8-1 CASF.	Prescription 4 : informer, sans délai, les autorités administratives compétentes, de tout dysfonctionnement grave dans sa gestion et son organisation, susceptible d'affecter la prise en charge des résidents, conformément à l'article L331-8-1 CASF.	P4 - CONTROLE SUR PIECES ARS - Charte d'initiation à la déclaration d'EI P4 - CONTROLE SUR PIECES ARS - Convocation formation EI EIG P4 - CONTROLE SUR PIECES ARS - Procédure Gestion des EI P4 - CONTROLE SUR PIECES ARS - Support de formation des EI EIG	P4 : Comme en témoigne le tableau de déclaration d'EI, seulement 4 ont été déclaré au cours de l'année 2023. La résidence et ses équipes doivent s'acculturer à la déclaration des EI. Cela passe, dans un premier temps, par une sensibilisation et une formation de l'ensemble du personnel. Ces formations sont déjà programmées et les supports pour ces formations sont opérationnels (ci-joint). Nous ne manquerons pas de vous communiquer les feuilles d'émergence attestant de la réalisation de cette formation.	L'ensemble des documents remis attestent que la nouvelle direction est attentive à la mise en place d'un dispositif de signalement des EI/EIG auprès des autorités de contrôle efficacement. Il repose effectivement sur la formation/sensibilisation du personnel. La prescription 4 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'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 trois captures d'écrans du logiciel Bluekangoo, qui présentent 6 signalements, de manière très synthétique. Il n'a pas été remis l'intégralité du tableau de bord EI/EIG mentionnant la déclaration de l'EI/EIG, son traitement et la réponse à l'analyse des causes de l'EI. En conséquence, l'établissement n'atteste pas de la mise en place d'un dispositif de gestion globale des EI/EIG et de leur suivi.	Ecart 5 : en l'absence de transmission du tableau de suivi des EI dans son intégralité, l'établissement n'atteste pas de la mise en place d'un dispositif de recueil, d'analyse et de suivi des EI/EIG, afin d'attester de la sécurité des résidents et de vérifier la conformité de l'établissement à l'article L311-3 du CASF.	Prescription 5 : transmettre à la mission le tableau de bord de gestion et de suivi des EI/EIG, afin d'attester de la sécurité des résidents et de vérifier la conformité de l'établissement à l'article L311-3 du CASF.	PS - CONTROLE SUR PIECES ARS - Procédure de signalement externe des événements indésirables PS - CONTROLE SUR PIECES ARS - Tableau des EI 2023	PS : le tableau de bord reflète le manque de déclaration sur l'établissement. L'objectif sur 2024 sera de renverser complètement ce manque de remontée d'information. Une attention particulière sera portée sur ce sujet avec une sensibilisation de l'ensemble de l'équipe	Le tableau remis fait ressortir la pauvreté des signalements internes en 2023 : seulement 4 EI remontés. Un travail d'acculturation des professionnels au signalement s'impose effectivement. Il convient effectivement de "renverser la tendance", comme le souligne la direction de l'EHPAD. La prescription 5 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	Plusieurs documents transmis attestent de l'élection des membres du CVS. Les représentants des familles ont été élus le 15/11/2022. Mais, l'établissement ne fait pas état de la date des élections des autres membres du CVS. La composition du CVS est réglementaire et comprend : - deux représentantes des personnes accompagnées, - 5 représentants des familles (dont le Président et le Vice-Président) ; - un représentant de l'équipe médicale (MEDEC ou IDEC), - un représentant de l'établissement (la Directrice), - et un représentant de l'organisme gestionnaire.					
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	D'après le compte rendu du CVS du 14/04/2023 remis, le règlement intérieur a été présenté en séance du 22/02/2023, modifié puis adopté en séance du 14/04/2023.					
1.19 Joindre les 3 PV du CVS de 2022 et les derniers de 2023	Oui	Six comptes rendus de CVS ont été remis : 20/07/2022, 06/10/2022, 14/12/2022, 22/02/2023, 19/04/2023, 22/06/2023. Un CVS s'est également tenu le 20/09/2023, mais son compte rendu était en cours d'écriture au 13/10/2023 (date de réponse au questionnaire). La mission relève que lors de cette réunion, le point n°2 de l'ordre du jour concerne le remplacement des résidents. Cette question des modalités de remplacement des représentants des personnes accompagnées démissionnaires est déjà évoquée dans le compte rendu du 22/06/2023. Le Directeur Régional, représentant de l'organisme gestionnaire, déclare "qu'il est parfaitement possible de désigner ou de coopter de nouveaux résidents au CVS sans passer par des élections". Or, il est rappelé que réglementairement les remplaçants de représentants des personnes accompagnées doivent obligatoirement être élus pour le restant de la durée du mandat.	Ecart 6 : en l'absence du compte rendu du CVS du 20/09/2023, l'établissement n'atteste pas que le remplacement des représentants des personnes accompagnées démissionnaires a été effectué par voie d'élections, en conformité avec l'article D311-8 du CASF.	Prescription 6 : transmettre le compte rendu du CVS du 20/09/2023 afin d'attester que le remplacement des représentants des personnes accompagnées démissionnaires a été effectué par voie d'élections en conformité avec l'article D311-8 du CASF.	P6 - CONTROLE SUR PIECES ARS - CR CVS 20231124 PV carence P6 - CONTROLE SUR PIECES ARS - PV carence	P6 : Le compte rendu du CVS demandé est joint. Le compte rendu du dernier CVS fait état du PV de carence qui est également joint à l'ensemble de document.	Le compte rendu du CVS du 20/09/2023 est remis. Il atteste de la carence de représentants des résidents, suite aux démissions des 2 résidents représentants au CVS jusqu'à là. Aucun résident ne souhaite proposer sa candidature. Le document démontre aussi que des actions sont entreprises auprès des résidents pour les mobiliser. La prescription 6 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	L'établissement est autorisé pour une capacité de 6 places en hébergement temporaire, en atteste la 5ème page de son CPOM 2023-2027 (document transmis).					
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	L'établissement a remis les tableaux d'occupation de l'hébergement temporaire pour l'année 2022 et du 01/01/2023 au 30/06/2023. Il est noté qu'en 2022, les 6 places en hébergement temporaire étaient occupées à 16,21% et que du 01/01/2023 au 30/06/2023, les 6 places en hébergement temporaire étaient occupées à 20,82%. L'établissement est donc sur ces périodes en sous-occupation par rapport à sa capacité autorisée.	Remarque 6 : l'établissement est sur la période 2022-2023 en sous-occupation au regard de sa capacité autorisée en hébergement temporaire.	Recommendation 6 : pourvoir les 6 lits de l'hébergement temporaire afin de ne plus être en sous-occupation au regard de la capacité autorisée.	R6 - CONTROLE SUR PIECES ARS - Communication sur Séjour temporaire	R6 : Comme en témoigne les communications écrites jointe, la communication de l'établissement est orientée sur la promotion des lit d'hébergement temporaire. Ce sujet sera également l'objet d'un discussion lors de notre prochaine CCG pour sensibiliser les praticiens de ville à ce type d'hébergement	L'établissement veillera à respecter l'utilisation des places d'HT. La recommandation 6 est levée.
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.	Non	Le projet d'établissement remis à la question 1.7 intègre un projet relatif à l'hébergement temporaire.					
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.	Non	L'établissement ne répond pas à la question.	Remarque 7 : en l'absence de réponse, l'établissement n'atteste pas avoir mis en place une équipe dédiée organisant une prise en charge adaptée aux besoins des résidents accueillis sur les 6 places d'hébergement temporaire.	Recommendation 7 : apporter des éléments d'information afin d'attester de la mise en place ou non d'une équipe dédiée à l'hébergement temporaire, organisant la prise en charge du public accueilli sur les 6 places d'hébergement temporaire.	R7 - CONTROLE SUR PIECES ARS - Liste des chambres sur résidence les Bains	R7 : Les lits d'hébergement temporaire sont identifiés et fléchés au sein de l'établissement. Ces chambres correspondent aux chambres se situant au RDC. Elles sont préférentiellement proposées à l'hébergement temporaire.	Les chambres dédiées à l'HT sont donc situées au RDC de l'EHPAD, ce qui peut-être faciliter pour prendre en charge les personnes accueillies sur ce dispositif d'accueil. La recommandation 7 est levée.

2.5 Quelle est sa composition en indiquant la qualification pour chaque poste occupé? Joindre les diplômes.	Non	L'établissement ne répond pas à la question.	Remarque 8 : en l'absence de réponse, l'établissement n'atteste pas s'il y a une équipe dédiée à l'hébergement temporaire, celle-ci est qualifiée pour assurer la prise en charge des personnes qui y sont accompagnées.	Recommendation 8 : apporter des éléments de réponse afin d'attester de la mise en place ou non d'une équipe dédiée qualifiée et formée pour assurer la prise en charge des résidents accueillis sur l'hébergement temporaire.	P8 - CONTROLE SUR PIECES ARS - Fiche de poste ASO	R8 : Une aide-soignante est dédiée à l'accompagnement en soin des résidents en séjour temporaire conformément à la dotation en soins. Les ASH sont, en revanche, mutualisés entre les séjours permanents et temporaires.	Seule une AS est dédiée à l'HT. Il est bien compris que les autres professionnels sont communs avec l'HP. La recommandation 8 est levée.
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.	Non	L'établissement ne répond pas à la question. Toutefois, à la lecture du règlement de fonctionnement de l'EHPAD, il est noté que ce dernier ne prévoit pas l'organisation et le fonctionnement de l'hébergement temporaire.	Ecart 7 : 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 7 : 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.	P7 - CONTROLE SUR PIECES ARS - Contrat de séjour pour séjour temporaire	P7 : Ces modalités sont définies dans le contrat de séjour pour les séjours temporaires (page 9)	Il est bien compris que le contrat de séjour de l'HT est adapté pour cet accueil. Le règlement de fonctionnement pourrait néanmoins être valablement complété d'un renvoi au contrat de séjour. La prescription 7 est levée.