

RAPPORT de CONTROLE le 16/05/2024

EHPAD LAURE LE TELLIER EX L'HOPITAL LOCAL DE TULLINS à TULLINS_38

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

Thématique: CSP 9 / Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : CH DE TULLINS

Nombre de places : 84 places dont 2 lits en HT et 6 places en AJ

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	Il a été remis l'organigramme du Centre Hospitalier de l'hôpital local de Tullins daté du 27 novembre 2023, dans lequel apparaît l'EHPAD Laure Le Tellier (84 lits) et son équipe encadrante (la cadre de santé et le médecin coordonnateur). Le CH de Tullins est également titulaire d'une USLD, d'un accueil de jour (6 places) rattaché à l'EHPAD et d'un SSIAD. L'EHPAD est dirigé par le directeur du CH, Monsieur G. L'organigramme met en évidence l'équipe de direction de l'EHPAD. Concernant l'EHPAD Laure Le Tellier, l'organigramme du CH n'identifie pas les psychologues, ergothérapeutes et kinésithérapeutes qui interviennent à l'EHPAD.	Remarque 1 : En l'absence d'identification des professionnels paramédicaux intervenant à l'EHPAD, l'organigramme est incomplet.	Recommandation 1 : Compléter l'organigramme en faisant apparaître les fonctions d'ergothérapeute, de psychologue et de kinésithérapeute.	2024-06-17 organigramme	Le nouvel organigramme identifie la psychologue ; pour les autres autres métiers, les postes étant pourvu par mutualisation avec les équipes du plateau technique de rééducation du pôle SMR du centre hospitalier, il n'y a pas de professionnel attitré, tous les thérapeutes interviennent à l'EHPAD	Dont acte, la recommandation 1 est levée.
1.2 Quels sont les postes vacants, au 1er mars 2024 : préciser la nature et la qualification du ou des poste(s) ?	oui	La direction déclare avoir 11 postes vacants au sein de l'EHPAD au 1er mars 2024 : -6 postes d'ASD vacants, -4 postes d'ASHQ vacants, -1 postes d'IDE vacant. La direction déclare que les postes d'ASD et d'ASHQ sont pourvus par des agents contractuels dans l'attente de recrutement d'un agent titulaire de la FPH.					
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	Par un arrêté du CNG en date du 24/12/2007, M. G est nommé directeur adjoint du CH de Tullins depuis le 1er septembre 2008.					
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.	non	Le directeur fait partie du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière. Il exerce donc au titre des responsabilités que lui confère la réglementation, au titre de l'article L315-17 du CASF et de l'article L6143-7 du CSP.					
1.5 Une astreinte administrative de direction est-elle organisée et formalisée ? Joindre la procédure et le planning d'astreinte réalisé du 2ème semestre 2023 ainsi que le planning prévisionnel du 1er semestre 2024.	oui	Il a été remis le planning d'astreinte pour le 1er semestre 2024, il était aussi attendu la transmission du planning d'astreinte du 2ème semestre 2023. Il s'agit de l'astreinte de direction du CH dans laquelle participe l'EHPAD. Le roulement est bien établi. L'astreinte est assurée par 7 professionnels : M. G - directeur du CH, M. E - directeur adjoint, Mme B - cadre de santé en hospitalisation complète, Mme R - cadre de santé à l'USLD et AJ, Mme C - directrice des soins, Mme F - cadre de santé du SSIAD, M. B - gestionnaire des RH et compétences. Il a été remis un document intitulé "conduite à tenir en cas d'incendie" lors de l'astreinte de direction. En revanche, la direction n'a pas remis de procédure d'astreinte détaillant les modalités de recours à l'astreinte, l'amplitude horaire et le numéro unique de l'astreinte.	Remarque 2 : L'absence de procédure relative à l'astreinte administrative ne permet pas de définir son fonctionnement et son organisation (numéro unique d'astreinte, amplitude horaire, modalités de recours, etc.).	Recommandation 2 : Rédiger une procédure relative à l'organisation et au fonctionnement de l'astreinte administrative.	2024-06-18 procédure astreinte administrative	Une procédure d'astreinte détaillant les modalités de recours à l'astreinte, l'amplitude horaire et le numéro unique de l'astreinte a été créée	Dont acte, 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	Il a été remis les ordres du jour de 3 réunions de CODIR (11/03, 18/03, 25/03). En transmettant uniquement les ordres du jour, l'EHPAD n'atteste pas rédiger de CR de CODIR permettant, d'une part, le suivi des échanges et des décisions prises et d'autre part, d'identifier les membres de l'équipe de direction de l'EHPAD.	Remarque 3 : L'absence de rédaction de CR de CODIR ne permet pas un suivi des échanges et des décisions prises lors des précédentes réunions de CODIR. Remarque 4 : En l'absence de précision des membres participant au CODIR, il n'est pas possible d'identifier les membres de l'équipe de direction de l'EHPAD Laure Le Tellier.	Recommandation 3 : Rédiger à la suite de chaque CODIR des CR afin de faciliter le suivi des décisions prises et la transmission d'informations. Recommandation 4 : Identifier une équipe de direction en nommant les membres du CODIR de l'EHPAD Laure Le Tellier.	2024-06-17 composition CODIR	un CR sera établi à l'issu de chaque CODIR ci-joint un document établissant la composition du CODIR	Dont acte, les recommandations 3 et 4 sont levées.
1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	non	La direction n'a pas répondu à la question. En l'absence de transmission du projet d'établissement, le CH ne peut attester être en conformité avec l'article L6143-2 CSP.	Ecart 1 : En l'absence de transmission du projet d'établissement, le CH ne peut attester être en conformité avec l'article L6143-2 CSP.	Prescription 1 : Elaborer le projet de service spécifique à l'EHPAD Laure Le Tellier conformément à l'article L6143-2 CSP et le transmettre.	note d'orientation stratégique projet médical	L'établissement avait préparé une démarche projet de mise à jour complète de son projet d'établissement en 2022 ; le lancement devait être opéré suite à la présentation en instance initialement prévu en mars 2020. Le COVID a stoppé la démarche. Par la suite, l'établissement a élaboré un projet médical comportant des axes stratégiques pour les 2 pôles (SMR et gériatrique, ce dernier intégrant l'EHPAD Laure le Tellier) approuvé par les instances à l'été 2022. Le renouvellement de certains madats stratégiques (président de CME, chef de pôle, élection proffessionnelles et mise en place du CSE) n'a pas rendu opportun l'engagement une démarche projet globale. désormais, il est permis d'envisager une élaboration du projet d'établissement en 2025	Il est pris en compte l'engagement de l'établissement d'élaborer le PE en 2025. Dans l'attente, la prescription 1 est maintenue.
1.8 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	oui	Le règlement de fonctionnement a été validé par le Conseil de surveillance le 31/03/23 après avis du CSE le 30/03/23. Le CVS a été consulté le 26/01/23 sur le règlement de fonctionnement, ce qui est conforme aux articles L311-7 et R311-33 du CASF. Concernant le contenu du règlement de fonctionnement, il manque l'item sur les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompues, ce qui contrevient à l'article R311-35 du CASF.	Ecart 2 : Le règlement de fonctionnement ne comporte pas l'ensemble des items prévus à l'article R311-35 du CASF.	Prescription 2 : Actualiser le règlement de fonctionnement en y intégrant les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompues conformément à l'article R311-35 du CASF et transmettre le règlement de fonctionnement.	ENR GER 001 règlement de fonctionnement EHPAD©	document mis à jour ci-joint	Le règlement de fonctionnement fait état des modalités de facturation en cas d'absence. La prescription 2 est levée.
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	Il a été remis la décision de titularisation de Mme R-G en qualité de cadre de santé à temps plein sur le CH de Tullins à compter du 1er novembre 2010.					
1.10 L'IDEC dispose-t-il/elle d'une formation spécifique à l'encadrement ? Joindre le justificatif	oui	Mme R-G est titulaire du diplôme de cadre de santé obtenu en 2009.					
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	Il a été remis la décision de nomination du Docteur J en qualité de praticien hospitalier à titre permanent dans le pôle gérontologie du CH de Tullins à compter du 1er décembre 2023.					

1.12 Dispose-t-il d’une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? Joindre le ou les justificatifs.	oui	Le médecin coordonnateur est titulaire d’une capacité en gérontologie obtenue en 2019.					
1.13 La commission gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle régulièrement ? Joindre les 3 derniers PV.	oui	Ont été remis 3 CR de commission médicale d’établissement. Il ne s’agit pas de la commission de coordination gériatrique et les CME n’ont pas vocation à la remplacer. Il est rappelé que la commission de coordination gériatrique, conformément à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF, a pour objectif de réunir l'ensemble des équipes soignantes salariées et des professionnels libéraux intervenant sur l'EHPAD uniquement. Ainsi que le rappelle la HAS dans sa fiche-repère sur la CCG, elle a pour objectif <i>"une meilleure coordination des soins entre les équipes internes et l'ensemble des professionnels libéraux et elle permet une approche globale de la prise en soin des résidents en abordant des thématiques variées"</i> . De plus, elle est consulté notamment sur le projet de soin, la politique du médicament, le contenu du dossier de soin, le RAMA, la politique de formation et le partenariat médico-social.	Ecart 3 : En l’absence d’organisation de commission de coordination gériatrique, l’EHPAD contrevient à l’article D312-158 alinéa 3 du CASF.	Prescription 3 : Organiser annuellement une commission de coordination gériatrique, conformément à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.		Une présentation concernant la présente inspection sur pièce est prévue à la CME de juin 2024, ce qui permettra de solliciter la présidente de CME sur la mise en place de la commission de coordination gériatrique dont la première réunion pourra se tenir fin 2024.	La mise en place de la commission de coordination gériatrique sera évoquée lors de la prochaine CME. Dans l'attente de la définition des modalités de fonctionnement de la commission de coordination gériatrique, la prescription 3 est maintenue.
1.14 Le rapport d’activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2022 et/ou 2023)	non	En l’absence de réponse à la question, l’établissement n’atteste pas élaborer de RAMA conformément à l'article D312-158 du CASF.	Ecart 4 : En l’absence de RAMA 2022, l’établissement contrevient à l’article D312-158 du CASF.	Prescription 4 : Rédiger annuellement un RAMA conformément à l’article D312-158 du CASF et le transmettre.		le RAMA sera mis en place à compter de l'année 2024	L’établissement s’engage à rédiger un RAMA 2024. Dans l'attente, la prescription 4 est maintenue.
1.15 L’établissement a-t-il une pratique régulière de signalement aux autorités de contrôle des évènements indésirables (EI) et ou évènements indésirables graves (EIG) ? Joindre les signalements des EI/EIG réalisés en 2023 et 2024.	oui	La direction n’a pas transmis de fiches de signalement d’EI. Toutefois, il a été remis le tableau des EI/EIG déclarés en 2023 et 2024. A leur lecture, il est relevé que 3 EI n’ont pas été signalés conformément à l'article L331-8-1 CASF et D3113-9 du CSP : -FEI 2023 n°1664 concernant 10 cas de GEA, -FEI 2023 n°1599 concernant une dizaine de cas de VRS et COVID, -FEI 2024 n°43 concernant une résident qui a fugué et a été ramené par la gendarmerie. En l’absence de transmission de ces fiches de signalement, l’établissement ne peut attester signaler sans délai, tout dysfonctionnement grave dans sa gestion et son organisation, susceptible d’affecter la prise en charge des résidents.	Ecart 5 : En l’absence de signalement de certains EI/EIG sur 2023-2024 aux autorités de tutelle, l’EHPAD n’atteste pas assurer de manière complète et continue l’information sans délai, de tout dysfonctionnement grave dans sa gestion et son organisation, susceptible d’affecter la prise en charge des résidents, tel que prévu aux articles L331-8-1 CASF et D3113-9 du CSP.	Prescription 5 : Signaler sans délai, aux autorités de tutelle, tout dysfonctionnement susceptible d’altérer la prise en charge des usagers, conformément aux articles L331-8-1 CASF et D3113-9 du CSP.	2023-02-06 signalement épidémie GEA - volet 1 2023-03-06 réponse mail volet 2 IRA volet 1 IRA volet 2	les FEI 1664 et 1599 ont bien fait l'objet d'un signalement aux autorités ; l'établissement s'engage signaler tous les évènements conformément aux articvles du CSP	L’établissement apporte les éléments complémentaires attendus permettant de vérifier l'existence des signalements. La prescription 5 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, en 2023 et 2024.	oui	Il a été remis le tableau de bord de déclaration des EI/EIG de 2023 et 2024. Il est précisé la date de saisie, le niveau de criticité, la description des faits, les actions entreprises immédiatement, le responsable, les observations du référent et il est noté si l’EI est associé aux soins. Le tableau de bord de traitement des EI est incomplet. En effet, il n’est pas précisé la date de clôture des EI ce qui ne permet pas de s’assurer du traitement et du suivi des évènements du service qualité. De plus, il n’apparaît pas dans le tableau, l’analyse des causes et le plan d’action mis en œuvre afin d’éviter qu’un même évènement ne se reproduise.	Remarque 5 : L’absence d’analyse des causes des EI au travers de la lecture des tableaux de bord des FEI, ne permet pas de conduire une réflexion complète afin d’éviter qu’une même situation ne se reproduise. Remarque 6 : En l’absence de date de clôture des EI dans le tableau des FEI, le service qualité n’atteste pas réaliser un traitement et un suivi régulier des évènements.	Recommandation 5 : Veiller à réaliser une analyse des causes des EI et mettre en place des actions correctrices afin d’éviter qu’une situation ne se reproduise. Recommandation 6 : Insérer dans le tableau de bord des FEI une colonne "clôture de l’EI" afin de s’assurer du traitement et suivi régulier des évènements par le service qualité.	2024-06-19 copies d’écran menus déroulant FEI permettant analyse des causes par le déclarant	En 2023, 579 FEI sur 626 ont reçu une réponse, qui peut être une redirection par la responsable qualité au professionnel concerné, ou, selon la nature de l’évènement, la réalisation de CREX (5 en 2023, 4 en 2024), de RMM, d’analyses selon la méthode ALARM. Un nombre important de FEI fait l’objet de fiches action, attestant le suivi des évènements et la mise en place d’actions permettant d’éviter que la situation se reproduise. Par rapport à la recommandation 5, il convient de préciser que le déclarant de l’EI procède dès le signalement à une analyse des causes, par le biais des menus déroulants. Ainsi, par exemple: l’agent souhaite déclarer un évènement indésirable rentrant dans la thématique "restauration". Lorsqu’il coche la case correspondante, une seconde liste de cases à cocher s’ouvre. L’agent doit alors choisir entre : température repas inadaptée, problème liée à la commande de repas, dentrées périmées, nourriture suspecte, anomalie de régime, problème lié au chariot repas, défaut d’hygiène alimentaire, absence de repas, denrée en quantité insuffisante. Par rapport à la recommandation 6, les FEI sont classées "enregistrées" indiquant que la FEI est clôturée.	S’agissant de l’analyse des causes des EI, elle est conduite dans certains cas et au regard de la méthode ALARM. La recommandation 5 est levée. S’agissant de la date de clôture des FEI, il est pris en compte les précisions apportées. Cependant, il serait intéressant d’intégrer cet élément dans le tableau de reporting des EI. La recommandation 6 est maintenue.
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 direction a transmis le CR de CVS en date du 18 novembre 2022 qui énonce que "les candidats souhaitant se présenter au CVS ont jusqu’au 5 décembre 2022 pour candidater". Il n’a pas été transmis la décision instituant les membres du CVS, ce qui contrevient aux articles D311-4 et D311-5 du CASF.	Ecart 6 : En l’absence de transmission de la décision instituant le CVS, l’établissement contrevient à l’article D311-4 du CASF et n’atteste pas que sa composition est conforme à l'article D311-5 du CASF.	Prescription 6 : Elaborer une décision instituant les membres du CVS afin de vérifier sa conformité aux articles D311-4 et D311-5 du CASF et la transmettre.		une décision sera élaborée et présentée à la prochaine réunion du CVS ; elle sera par la suite transmise.	Dont acte, dans l’attente la prescription 6 est maintenue.
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	Il a été transmis le règlement intérieur du CVS modifié le 7/12/20. Or, il était attendu la transmissiondu PV du CVS portant approbation du nouveau règlement intérieur ce qui contrevient à l’article D311-19 du CASF.	Ecart 7 : En l’absence de transmission du PV de CVS se prononçant sur la mise à jour du règlement intérieur, l’EHPAD contrevient à l'article D311-19 CASF.	Prescription 7 : Doter le CVS d’un nouveau règlement intérieur, à l’issue des prochaines élections, conformément à l'article D311-19 CASF et transmettre le PV de CVS portant approbation.		le règlement intérieur sera travaillé et approuvé lors de la prochaine réunion du CVS	Dont acte, dans l’attente la prescription 7 est maintenue.
1.19 Joindre les 3 PV du CVS de 2022, 2023 et ceux réunis éventuellement en 2024	oui	Il a été remis 3 CR de CVS pour 2022 et 3 CR pour 2023. Il est relevé dans les deux premiers CR de 2022 que le nombre des professionnels présents est particulièrement important. Cela crée un déséquilibre par rapport aux représentants des résidents, familles et représentants légaux. Ces derniers ne sont pas majoritaires au sein des réunions. Cette situation ne constitue pas des conditions équilibrées d’un échange productif et peut entraver la libre expression des usagers et contrevient à l’article D311-5 du CASF. Sur les autres CR, il n’est pas possible de s’assurer de la participation active des résidents et familles car la fiche d’émargement n’a pas été remise. De plus, aucun CR de CVS n’est signé par le président du CVS, ce qui contrevient à l'article D311-20 du CASF.	Ecart 8 : Le déséquilibre constaté entre les professionnels présents aux CVS et les représentants des résidents/familles ne permet pas de garantir la libre expression de ces derniers et contrevient à l'article D311-5 du CASF. Ecart 9 : En l’absence de signature des CR de CVS par le Président, l’établissement contrevient à l’article D311-20 du CASF.	Prescription 8 : Veiller à garantir l’équilibre de la représentation entre les professionnels et les résidents/familles lors des réunions de CVS, conformément à l'article D311-5 du CASF. Prescription 9 : Faire signer les comptes rendus par le Président du CVS, conformément à l’article D311-20 du CASF.		la représentation des professionnels sera adapté; les CR seront signés par le président lors de la prochaine réunion du CVS	L’établissement n’apporte pas d’élément de preuve concernant un rééquilibrage entre les familles-usagers et les représentants de l'EHPAD, de même concernant la signature des PV de CVS par son président. Les prescriptions 7 et 8 sont maintenues.
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.	Oui	Par l’arrêté n°2017-0775, l’EHPAD du CH "Michel Perret" à Tullins dispose d'une autorisation pour 6 places d'accueil de jour, 2 lits d’hébergement temporaire d’urgence et de 76 lits d’hébergement permanent.					

2.2 Si hébergement temporaire : préciser le taux d'occupation de l'hébergement temporaire pour 2023 et 1er trimestre 2024. Si accueil de jour : transmettre la file active pour 2023 et 1er trimestre 2024. Joindre le justificatif.	Oui	Concernant l'HT d'urgence, la direction déclare un taux d'occupation de 82,38% en 2023 et de 52,89% au 1er trimestre 2024. Concernant l'accueil de jour, il est déclaré une file active de 24 résidents en 2023 et de 18 résidents au 1er trimestre 2024.					
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	En l'absence de réponse à la question, l'établissement n'atteste pas disposer d'un projet de service spécifique à l'accueil de jour et à l'hébergement temporaire d'urgence conformément à l'article D312-158 du CASF.	Ecart 10 : Il n'existe pas de projet de service spécifique à l'accueil de jour et à l'hébergement temporaire d'urgence ce qui contrevient à l'article D312-9 du CASF.	Prescription 10 : Rédiger un projet de service spécifique à l'accueil de jour et à l'hébergement temporaire d'urgence, qui s'intègre au projet d'établissement conformément à l'article D312-9 du CASF.	note d'orientation stratégique projet médical	L'établissement avait préparé une démarche projet de mise à jour complète de son projet d'établissement en 2022 ; le lancement devait être opéré suite à la présentation en instance initialement prévu en mars 2020. Le COVID a stoppé la démarche. Par la suite, l'établissement a élaboré un projet médical comportant des axes stratégiques pour les 2 pôles (SMR et gériatrique, ce dernier intégrant l'EHPAD Laure le Tellier) approuvé par les instances à l'été 2022. Le renouvellement de certains madats stratégiques (président de CME, chef de pôle, élection professionnelles et mise en place du CSE) n'a pas rendu opportun l'engagement une démarche projet globale. désormais, il est permis d'envisager une élaboration du projet d'établissement en 2025	Dont acte, la prescription 10 est maintenue dans l'attente de la rédaction d'un projet spécifique pour l'accueil 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.	Oui	Il a été remis le planning de l'accueil de jour, il est relevé que seulement une aide-soignante intervient à temps plein sur l'accueil de jour. Or, la circulaire n°2002-222 du 16 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme d'actions pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées pour faire fonctionner l'accueil de jour, indique l'existence d'une équipe pluridisciplinaire composée a minima d'un infirmier, d'une ASD ou AMP et d'un psychologue intervenants de façon constante, à temps plein ou partiel. En l'absence de professionnels supplémentaires intervenant dans la prise en charge des 6 résidents accueillis en accueil de jour, l'établissement n'atteste pas mettre en place une équipe pluridisciplinaire au sein de l'accueil de jour comme le prévoit la circulaire n°2002-222 du 16 avril 2002.	Remarque 7 : L'absence d'une équipe pluriprofessionnelle intervenant dans la prise en charge des résidents accueillis en accueil de jour comme le préconise la circulaire n°2002-222 du 16 avril 2002, ne permet pas la mise en place d'un projet de soins individualisé.	Recommandation 7 : Réfléchir pour mettre en place une équipe pluridisciplinaire comme le stipule la circulaire n°2002-222 du 16 avril 2002 afin de mettre en place un projet de soins individualisés pour les résidents de l'accueil de jour.		Les personnes accueillies à l'AdJ bénéficient déjà d'un accompagnement par une équipe pluridisciplinaire. Le logiciel actuel ne nous permet pas de faire ressortir l'ensemble des intervenants de l'ADJ, cependant nous avons actuellement : des interventions APA, de psychologue , d'art thérapeute et d'animatrice.	Dont acte, la recommandation 7 est levée .
2.5 Quelle est sa composition en indiquant la qualification pour chaque poste occupé? Joindre les diplômes.	Oui	Il a été remis le diplôme d'aide-soignant et l'attestation de soins en gérontologie de Mme C affectée à l'accueil de jour.					
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	Il a été remis le règlement de fonctionnement spécifique à l'accueil de jour qui prévoit les modalités d'organisation et de fonctionnement, conformément à l'article L311-7 du CASF.					