

RAPPORT de CONTROLE le 29/11/2024

EHPAD LE BON ACCUEIL à ST BUEIL_38

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

Thématique: CSP 10 / Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : ASS. INTER-COMMUNALE DU BON ACCUEIL

Nombre de places : 53 places dont 52 places HP et 1 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 remis présente les liens hiérarchiques entre le personnel de l'EHPAD. Il est partiellement nominatif et a été mis à jour le 28/05/2024.					
1.2 Quels sont les postes vacants, au 1er mars 2024 : préciser la nature et la qualification du ou des poste(s) ?	Oui	L'établissement déclare 2,25 ETP vacants : - 0,5 ETP de psychologues, - 0,25 ETP de secrétariat, - 0,5 ETP de cuisinier, - et 1 ETP d'ASH.					
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 de l'EHPAD est titulaire de la maîtrise et du titre d'ingénieur-maître management et gestion des entreprises, spécialité management des petites et moyennes structures (niveau 6).			1.3_Diplome_direction	Mon diplôme en tant que nouvelle directrice sera transmis.	Il est bien noté que la nouvelle directrice de la structure possède le niveau de qualification requis pour occuper la fonction de direction. Elle est titulaire du CAFDES, diplôme 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	Une attestation, datée du 27/04/2018, a été remise. Elle précise que le Président de l'association gestionnaire autorise le Directeur "à avoir toute liberté à agir au nom de l'EHPAD le Bon Accueil". Ce document ne correspond pas à un document unique de délégation. Pour rappel, le document unique de délégation donne de la lisibilité dans la gestion des établissements et éclaire les relations entre l'association gestionnaire et le chargé de direction de l'établissement. Le décret n°2007-22 du 19 février 2007 oblige à la formalisation des compétences et missions confiées par délégation aux directeurs de l'établissement médico-social, notamment en matière de : - conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement ; - gestion et animation des ressources humaines ; - gestion budgétaire, financière et comptable en application des articles R. 314-9 à R. 314-55 du CASF ; - coordination avec les institutions et intervenants extérieurs.	Ecart 1 : Le Directeur de l'EHPAD ne dispose pas de document unique de délégation, ce qui contrevient à l'article D312-176-5 du CASF.	Prescription 1 : Elaborer un document unique de délégation pour le Directeur répondant aux attendus de l'article D312-176-5 du CASF.		Au changement de direction au 01/07/2024, un DUD a été établi que je transmets en PJ.	Le DUD remis est complet. Il a été signé le 01/07/2024. La prescription 1 est levée.
1.5 Une astreinte administrative de direction est-elle organisée et formalisée ? Joindre la procédure et le planning d'astreinte réalisé le 2ème semestre 2023 ainsi que le planning prévisionnel du 1er semestre 2024.	Oui	Une note de service du 01/01/2024 concernant l'astreinte administrative et technique a été remise. Elle indique que l'astreinte administrative et technique repose entièrement sur la directrice adjointe, 24h/24 et 7j/7 à partir du 01/01/2024. Aucune procédure d'astreinte ni aucun calendrier n'a été remis. Cette absence de formalisation des modalités d'organisation de la permanence administrative établie peut mettre en difficulté le personnel présent le soir/nuit et le week-end, sans consignes claires.	Remarque 1 : En faisant reposer l'astreinte administrative et technique exclusivement sur la directrice adjointe, 24h/24 et 7j/7 à partir du 01/01/2024. Aucune procédure d'astreinte ni aucun calendrier n'a été remis. Cette absence de formalisation des modalités d'organisation de la permanence administrative établie peut mettre en difficulté le personnel présent le soir/nuit et le week-end, sans consignes claires.	Recommendation 1 : Veiller à élargir l'astreinte à d'autres personnels de l'EHPAD de façon à équilibrer la charge de travail.		Suite au changement de direction, un tableau d'astreinte a été réalisé et les astreintes partagées entre la directrice, et deux autres salariées. cf. tableau joint.	Le document remis portant le titre "PROCEDURE ASTREINTE ADMINISTRATIVE", du 14/09/2024, s'apparente davantage à une note de la direction adressée aux professionnels de l'EHPAD qu'à une procédure. L'objectif de cette note est d'inciter les professionnels à saisir la Directrice, mais sans expliquer les motifs de saisine de manière claire : "pour toute demande, problème ou besoin non urgent en semaine, et seulement en cas d'urgence la nuit et les week-ends". Ce document prévoit également que lors des congés de la Directrice et le premier week-end de chaque mois, l'assistante administrative prend le relais. Ce document ne confirme pas la déclaration de l'EHPAD, qui pose que l'astreinte est réalisée et partagée entre la directrice et deux autres salariées. Le tableau d'astreinte n'a pas été remis. La recommandation 1 est levée. La recommandation 2 est maintenue dans l'attente de la formalisation d'une procédure portant sur l'astreinte administrative présentant l'organisation et le fonctionnement de l'astreinte (cadres responsables, l'heure de début et de fin, modalités de recours, etc.). Il n'est pas attendu de documents probants.
1.6 Un CODIR régulier concernant l'EHPAD contrôlé est-il mis en place ? Joindre les 3 derniers PV	Non	L'établissement ne répond pas à la question, ce qui laisse supposer que la direction de l'EHPAD n'a pas mis en place de CODIR, ce qui ne concourt pas à faciliter la continuité de l'organisation de l'établissement et nuit à la circulation en transversalité de l'information entre le Directeur et les cadres de l'EHPAD.	Remarque 3 : Il n'existe pas de CODIR ce qui ne permet pas d'assurer la continuité de l'organisation de l'établissement ainsi que la circulation en transversalité de l'information entre le Directeur et les cadres de l'EHPAD.	Recommendation 3 : Mettre en place des CODIR, contribuant à la continuité de l'organisation de l'établissement et à la transmission des informations.		Suite au changement de direction un CODIR sera formé au 01/09/2024 afin de prendre en charge l'organisation et la continuité d'activité de l'établissement.	Selon la déclaration de l'EHPAD, le CODIR se réunit dorénavant tous les premiers lundis du mois avec les cadres de l'EHPAD (Directrice, IDEC, l'assistante administrative, le MEDEC et l'agent de maintenance si besoin). Le premier compte rendu de réunion, du 01/09/2024, a été remis. Le CODIR aborde des sujets relatifs à l'organisation et au fonctionnement de l'EHPAD notamment suite à l'évaluation externe de ce dernier. 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 couvre la période 2013-2018. Il est très ancien et n'indique pas sa date de consultation 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 ; - le projet spécifique à l'hébergement temporaire. Enfin, le projet d'établissement ne présente pas les orientations stratégiques et les principaux objectifs déclinés en actions de mise en œuvre pour les 5 ans couverts par le projet d'établissement.	Ecart 2 : L'absence de projet valide et consulté par le CVS comportant notamment les mesures de coopération nécessaires à la réalisation des soins palliatifs et l'absence du projet spécifique de service pour l'hébergement temporaire contreviennent aux articles D311-38, D312-9 et L311-8 CASF. Ecart 3 : En l'absence de formalisation d'objectifs à 5 ans dans le projet d'établissement, l'EHPAD ne définit pas son action et son orientation stratégique et contrevient à l'article L311-8 du CASF.	Prescription 2 : Actualiser le projet d'établissement et assurer sa consultation par le CVS afin d'intégrer et de respecter les dispositions des articles D311-38, D312-9 et L311-8 CASF. Prescription 3 : Formaliser et définir les orientations/objectifs/actions 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.		Le projet d'établissement sera le premier chantier à réaliser au plus tôt. J'envisage un objectif à 6 mois soit avant la fin du mois de février 2025.	Il est pris note de la priorité donnée à la réalisation du projet d'établissement par la nouvelle direction. Les prescriptions 2 et 3 sont maintenues, dans l'attente de l'actualisation effective du projet d'établissement.
1.8 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	Non	L'établissement ne répond pas à la question.	Ecart 4 : En l'absence de réponse de la part de l'établissement, ce dernier n'atteste pas être conforme aux articles L311-7 et R311-33 à R311-37-1 du CASF.	Prescription 4 : Transmettre le règlement de fonctionnement de l'EHPAD afin d'attester de sa conformité avec les articles L311-7 et R311-33 à R311-37-1 du CASF.		Le règlement de fonctionnement est en cours d'écriture. Il sera prêt pour le 30/09/2024.	Le règlement de fonctionnement transmis est complet et conforme. Il couvre la période 2024-2029. Cependant, il n'a pas été consulté par le CVS, mais seulement par les représentants des familles le 18/09/2024. La prescription 4 est maintenue dans l'attente de la consultation du règlement de fonctionnement de l'EHPAD par le CVS, conformément aux articles L311-7 et R311-33 du CASF.
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'avantag n°5 au contrat de travail à durée indéterminée du 01/07/2011 de Mme atteste qu'elle occupe le poste d'IDEC à hauteur de 0,50 ETP et d'IDE de soins à 0,50 ETP au sein de l'EHPAD le Bon Accueil.					
1.10 L'IDEC dispose-t-il/elle d'une formation spécifique à l'encadrement ? Joindre le justificatif	Oui	Seul le diplôme d'Etat d'infirmier de l'IDEC a été remis. Aucun autre document attestant qu'elle a bénéficié d'une formation spécifique à l'encadrement n'a été transmis.	Remarque 4 : L'IDEC en poste ne dispose pas de formation lui permettant d'assurer ses missions d'encadrement sans difficulté.	Recommendation 4 : Soutenir l'IDEC dans un processus de formation pour acquérir des compétences managériales.			L'attestation de réussite à la formation "cycle infirmier/ère coordinateur/rice en EHPAD" du 26/01/2018 a été remise et atteste de la formation de l'IDEC à l'encadrement. 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	Le contrat de travail à durée indéterminée du MEDEC du 17/09/2018 est conforme aux attentes réglementaires. L'avantag du 01/06/2019 à ce contrat de travail du MEDEC indique qu'elle intervient à hauteur de 0,40 ETP par mois au sein de l'EHPAD. Selon la déclaration de l'établissement, celle-ci est présente sur l'établissement les lundis et les mercredis, mais aucun planning venant attester de cette déclaration n'a été remis.	Ecart 5 : En l'absence de transmission du planning mensuel réalisé du MEDEC, l'établissement n'atteste pas de sa conformité avec l'article D312-156 du CASF.	Prescription 5 : Transmettre le planning mensuel réalisé du MEDEC afin d'attester de la conformité de l'EHPAD avec l'article D312-156 du CASF.		Il sera prêt pour le 30/09/2024.	Il est étonnant que l'établissement n'ait pas été en mesure de transmettre le planning mensuel réalisé (mois précédent au contrôle sur pièces) du MEDEC, celui-ci étant présent depuis plusieurs années à 0,40 ETP. La prescription 5 est toutefois levée.

1.12 Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? Joindre le ou les justificatifs.	Oui	Le MEDEC de l'EHPAD est titulaire du diplôme universitaire de coordination médicale d'EHPAD.					
1.13 La commission gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle régulièrement ? Joindre les 3 derniers PV.	Non	L'établissement ne répond pas à la question, il ne justifie pas de l'organisation de la commission de coordination gériatrique pourtant obligatoire.	Ecart 6 : En l'absence de réponse, l'EHPAD n'atteste pas de l'organisation de la commission de coordination gériatrique prévue à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	Prescription 6 : Organiser annuellement la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	Il n'y a pas de médecin libéral intervenant dans l'établissement, uniquement un médecin salarié qui est en lien permanent avec le médecin co. Les commissions gériatriques ne sont donc pas formalisées mais le travail en collaboration existe.	La réponse de l'EHPAD n'est pas satisfaisante, dans la mesure où le travail en collaboration entre le MEDEC et le médecin traitant salarié de l'établissement fait partie intégrante de la continuité des soins au sein de l'EHPAD et de leurs relations habituelles. Par ailleurs, la commission de coordination gériatrique n'a pas vocation à réunir uniquement les médecins intervenant au sein de l'établissement (MEDEC, médecins traitants libéraux et/ou salariés de l'EHPAD), mais elle organise l'intervention de l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux (kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, pédicure, etc.) salariés et libéraux intervenants au sein de l'EHPAD.	En conséquence, la prescription 6 est maintenue dans l'attente de la mise en place effective pour l'avenir, à compter de 2025, de la commission de coordination gériatrique.
1.14 Le rapport d'activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2022 et/ou 2023)	Oui	Le RAMA 2023 a été remis. Il est complet et correspond aux attentes 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 en 2023 et 2024.	Oui	Seuls des signalements d'infection respiratoire aiguë (IRA) ont été remis : volet 1 et 2 du 23/03/2023 et le 08/12/2023. La procédure de gestion des EI remise à la question suivante ne définit pas les EI et EIG de manière complète au sens de la réglementation et aucun signalement d'EIG au sens de l'article L331-8-1 du CASF et de l'article 1 de l'arrêté du 28/12/2016 relatif à l'obligation de signalement des structures médico-sociales n'a été remis. En tout état de cause, l'établissement ne justifie pas assurer le signalement sans délai, de manière complète et continue, de tout dysfonctionnement grave dans sa gestion et son organisation, susceptible d'affecter la prise en charge des usagers.	Ecart 7 : En l'absence de signalement sans délai de tout dysfonctionnement grave dans son organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, l'EHPAD contrevent à l'article L331-8-1 CASF.	Prescription 7 : Signaler sans délai, aux autorités compétentes, tout dysfonctionnement susceptible d'altérer la prise en charge des usagers, conformément à l'article L331-8-1 CASF.	LES EIG sont transmis à l'ARS mais il n'y en a pas eu en 2023-2024. Une procédure de gestion des EI sera établie. Objectif fin 2025	Il est déclaré que la procédure de gestion des EI sera établie en 2025. Il aussi indiqué que l'établissement n'a pas eu d'EIG en 2023 et 2024. Il est rappelé que la procédure des EI actuelle ne définit pas les EIG. L'établissement veillera donc à intégrer le signalement aux autorités administratives des EIG dans la procédure à rédiger.	La prescription 7 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, en 2023 et 2024.	Oui	La procédure de gestion des EI a été remise. Il y est indiqué que seuls les événements indésirables relatifs aux chutes et à l'administration du médicament sont tracés sur NetSoins, traités et que le responsable (IDEC, Médecin coordinateur ou directeur) met en place les mesures curatives et préventives nécessaires selon les protocoles établis. Pour autant, aucun document n'a été remis à l'appui de cette procédure. Par ailleurs, la nature très limitée des EI tracés (chute et administration du médicament) donne à la direction de l'établissement une vision restrictive et non une vision d'ensemble des risques survenus au sein de l'EHPAD, ce qui ne permet pas une gestion adaptée à la prévention du risque.	Ecart 8 : En l'absence de transmission du tableau de suivi des EI, l'établissement n'atteste pas de la mise en place d'un dispositif de recueil, d'analyse et de suivi des EI/EIG ; la sécurité, la santé des personnes accueillies pourraient être menacées, ce qui contrevent à l'article L311-3 du CASF. Remarque 5 : En limitant les EI/EIG tracés aux chutes et à l'administration du médicament, l'établissement ne traite pas de l'ensemble des risques survenus dans l'EHPAD, ce qui ne permet pas une gestion adaptée du risque.	Prescription 8 : Transmettre le dispositif de gestion 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. Recommendation 5 : Traiter l'ensemble des événements qui surviennent au sein de l'EHPAD, au delà des chutes et de l'administration des médicaments.		L'établissement ne répond pas à la question. Le CODIR du 07/10/2024 mentionne pourtant "la mise en place d'une démarche qualité et de gestion des risques : Procédures à écrire ou remettre à jour, modalités de traitement des informations, recherche d'un logiciel qualité ? ou gestion informatique locale ?...".	La prescription 8 et la recommandation 5 sont maintenues. L'établissement veillera à assurer le traitement des EI/EIG et mettre en place un dispositif effectif de gestion des EI/EIG. Aucun document probant n'est attendu en retour dans le cadre du contrôle sur pièces.
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.	Non	L'établissement ne répond pas à la question. D'après la feuille d'émargement du CVS du 29/07/2022 et du compte rendu de la réunion des familles du 24/03/2024, le CVS est composé de : - un représentant des résidents, - deux représentants des familles, - un représentant des professionnels, - un représentant de l'organisme gestionnaire, - du MEDEC, - et du directeur. Il est relevé que cette composition ne satisfait pas aux attentes réglementaires. En effet, le CVS n'est pas composé majoritairement des représentants des résidents et familles et ne comporte qu'un seul représentant des résidents alors que le minimum requis est de deux résidents.	Ecart 9 : La composition du CVS ne satisfait pas aux attentes de l'article D311-5 du CASF.	Prescription 9 : Procéder à de nouvelles élections du CVS afin de répondre aux exigences de l'article D311-5 du CASF.	Elections du CVS prévues le 15/11/2024 Les documents seront transmis par la suite.	Il est pris bonne note de la déclaration de l'établissement concernant les élections du CV, qui ont donc été organisées le 15/11/2024.	La prescription 9 est levée.
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.	Non	En l'absence de réponse, l'établissement n'atteste pas avoir établi le règlement intérieur du CVS.	Ecart 10 : En l'absence de réponse, l'établissement n'atteste pas avoir établi le règlement intérieur du CVS conformément à l'article D311-19 du CASF.	Prescription 10 : Transmettre le compte rendu du CVS se prononçant sur l'établissement du règlement intérieur du CVS afin d'attester de la conformité de l'EHPAD avec l'article D311-19 du CASF.	Règlement intérieur du CVS à réaliser après les élections du nouveaux CVS. Objectif : avant le 31/03/2025	Il est bien pris note de l'engagement de l'établissement à établir le règlement intérieur du CVS après les élections de l'instance en novembre 2024 et avant avril 2025. Le règlement intérieur doit effectivement être établi dès la première réunion du CVS élu.	Au vu des éléments de réponse apportés, la prescription 10 est levée. Il n'est pas attendu la transmission du procès-verbal du CVS se prononçant sur son règlement intérieur.
1.19 Joindre les 3 PV du CVS de 2022, 2023 et ceux réunis éventuellement en 2024	Oui	Trois comptes rendus remis : celui du CVS du 29/07/2022 et sa feuille d'émargement, celui de la réunion des familles du 09/11/2023 et sa feuille d'émargement (même composition que le CVS organisé en 2022) et celui de la réunion des familles et des résidents du 29/03/2024 (plusieurs résidents, familles et membres du personnel présents). Par conséquent, depuis la réunion du CVS du 29/07/2022, l'établissement n'a pas organisé de CVS. La question l'effectivité du CVS se pose. Le compte rendu du CVS ne mentionne pas le Président du CVS et n'est d'ailleurs pas signé par ce dernier, ce qui ne permet pas d'attester de l'élection du Président de l'instance.	Ecart 11 : En l'absence d'organisation de 3 CVS en 2023 et en 2024, l'EHPAD contrevent à l'article D311-16 du CASF. Ecart 12 : En l'absence d'élection du Président du CVS, l'établissement contrevent à l'article D311-9 du CASF. Ecart 13 : En ne faisant pas signer le compte rendu du CVS par le seul Président du CVS, l'établissement contrevent à l'article D311-20 du CASF.	Prescription 11 : Veiller à réunir le CVS au moins 3 fois par an conformément à l'article D 311-16 du CASF. Prescription 12 : Elire le Président du CVS conformément à l'article D311-9 du CASF. Prescription 13 : Faire signer les comptes rendus par le seul Président du CVS, conformément à l'article D311-20 du CASF.	Mise en conformité du CVS, des réunions et de leur fréquence. Objectif à atteindre avant fin 2025	Il est acté que l'établissement souhaite mettre en conformité l'établissement avec la réglementation liée au CVS. Pour autant, le règlement de fonctionnement de l'établissement remis présente une incohérence avec la déclaration de l'EHPAD. En effet, ce dernier fait état de l'existence d'un "conseil des familles et des résidents" et non d'un CVS. Cette instance ne peut se substituer au CVS. Le règlement de fonctionnement prévoit que cette instance se réunit deux fois dans l'année, alors que la réglementation fixe 3 CVS au minimum par an. Pour rappel, la mise en place du CVS s'impose et aucune autre forme de participation de type "conseil des familles et des résidents" ne peut s'y substituer. En revanche, il est possible de réunir les résidents et/ou leurs familles au préalable des réunions du CVS afin de les préparer.	Au vu de ces éléments, les prescriptions 11, 12 et 13 sont maintenues. Il n'est pas attendu d'éléments probants dans le cadre du contrôle sur pièces.

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	L'arrêté de renouvellement ARS n°2016-7949 indique que l'EHPAD est autorisé pour 53 places dont une en hébergement temporaire.				
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	L'établissement déclare un faible taux d'occupation de sa place en hébergement temporaire en 2023 : 56,44%. Au premier trimestre, ce taux est de 0%.	Remarque 6 : Avec un faible taux d'occupation de l'hébergement temporaire en 2023 et au 1er trimestre 2024, l'établissement n'atteste pas qu'il utilise son dispositif de manière efficiente.	Recommendation 6 : Pourvoir la place disponible en hébergement temporaire afin de garantir une offre de soins et d'accueil efficiente.	Cet objectif dépend essentiellement des demandes d'hébergement temporaire qui sont peu fréquentes ou pas toujours au bon moment. Une étude des demandes et des erreurs d'orientation sera réalisée pour optimiser cette place d'HT. Objectif Taux d'occupation > 75% fin 2025.	Il est bien pris note de la volonté de l'établissement d'atteindre un taux d'occupation satisfaisant pour sa place d'hébergement temporaire, au delà de 75% pour 2025. Pour arriver à cet objectif, l'établissement veillera à assurer l'information et la communication sur la disponibilité de la place d'hébergement temporaire et sur l'intérêt de ce dispositif auprès de ses partenaires. La recommandation 6 est levée.
2.3 L'Accueil de Jour et/ou l'Hébergement Temporaire dispose(nt)-il(s) d'un projet de service spécifique ? Joindre le document.	Non	L'établissement ne répond pas à la question. A la lecture du projet d'établissement remis en question 1.6, le projet d'établissement n'intègre pas de projet spécifique à l'hébergement temporaire.	Ecart 14 : Il n'existe pas de projet spécifique de service pour l'hébergement temporaire, ce qui contrevient à l'article D312-9 du CASF.	Prescription 14 : Rédiger un projet de service spécifique pour l'hébergement temporaire, qui s'intégrera dans le projet d'établissement en vertu de l'article D312-9 du CASF.		L'établissement n'apporte aucun élément de réponse. La prescription 14 est maintenue, dans l'attente de l'inscription du projet de service de l'hébergement temporaire dans le projet d'établissement de l'EHPAD.
2.4 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.	Non	L'établissement ne répond pas à la question.				
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.				
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.	Ecart 15 : En l'absence de réponse de la part de l'établissement, ce dernier n'atteste pas être conforme aux articles L311-7 et D312-9 du CASF.	Prescription 15 : Transmettre le règlement de fonctionnement de l'EHPAD afin d'attester de sa conformité avec les articles L311-7 et D312-9 du CASF.	Règlement de fonctionnement en cours de réalisation ; sera transmis début octobre 2024.	Le règlement de fonctionnement remis ne prévoit pas l'organisation et le fonctionnement de l'hébergement temporaire au sein de l'EHPAD. La prescription 15 est maintenue. L'établissement veillera à intégrer dans le règlement de fonctionnement de l'EHPAD un point descriptif des modalités d'accueil de l'hébergement temporaire.