

RAPPORT de CONTROLE le 25/02/2025

EHPAD RENE MARION à ROYBON_38

Mise en œuvre du Plan EHPAD 2022-2024 : Contrôle sur pièces
Thématique: CSP 12/ Gouvernance et Organisation
Organisme gestionnaire : EHPAD RENE MARION
Nombre de places : 132 lits dont 5 places en HT et un PASA

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 Au préalable, veuillez transmettre l'organigramme pour une meilleure compréhension de l'organisation de l'EHPAD et si nécessaire, joindre tout autre document complémentaire.	OUI	L'organigramme remis n'est pas daté et il n'est pas nominatif, ce qui ne permet pas de connaître l'équipe de direction.	Remarque 1 : L'organigramme remis n'est pas nominatif ce qui ne permet pas de connaître l'équipe de direction.	Recommandation 1 : Identifier les membres de l'équipe de direction au sein de l'organigramme.	2 Organigrammes actualisés	2 organigrammes proposés : 1 pour indiquer globalement les différents services en nombre d'agents et d'ETP + 1 nominatif qui indique la direction et l'équipe d'encadrement	Dont acte. L'organigramme remis mentionne le nom des membres de l'équipe de direction de l'EHPAD, la recommandation 1 est levée.
1.2 Quels sont les postes vacants, au 1er juillet 2024 : préciser la nature et la qualification du ou des poste(s) ? Préciser si ces postes sont remplacés et indiquer les modalités de remplacement (intérim, CDD, etc.).	OUI	La direction déclare avoir au 1er juillet 2024 : - 1ETP de cadre de santé non pourvu, toutefois 2 IDEC sont présentes sur l'établissement, - 1ETP de MEDEC non pourvu, - 2ETP d'ASD nuit remplacés par des contractuels, - 1,8ETP d'ASD jour remplacés par des contractuels, - 1ETP d'ASH remplacé par un contractuel. En l'absence de MEDEC à hauteur de 1ETP, l'EHPAD contrevient à l'article D312-156 du CASF. Par ailleurs, à la lecture du communiqué d'information à l'intention des usagers et des familles du 3 octobre 2024, la situation ne s'est pas améliorée. En effet, la direction déclare rencontrer des difficultés de recrutement. Elle précise que des leviers d'actions sont mobilisés afin que la prise en charge des résidents soient le moins impactée.	Ecart 1 : En l'absence de médecin coordonnateur, l'établissement contrevient à l'article D312-156 du CASF. Remarque 2 : L'instabilité des équipes soignantes depuis le mois de juillet et les difficultés de recrutement peuvent, sur le long terme, impacter la qualité de la prise en charge des résidents.	Prescription 1 : Doter l'établissement d'un médecin coordonnateur à hauteur de 1ETP, conformément à l'article D312-156 du CASF. Recommandation 2 : Identifier les actions mises en place pour faire face au manque de personnel, garantissant une prise en charge de qualité des résidents.	TeleMédicare	Etude en cours pour la mise en place d'un télémédecin coordonnateur. C'est un service à distance pour accompagner et soutenir les équipes soignantes. Le coût est élevé. A voir dans l'avenir par le GCSMS comment mutualiser un service MEDEC. Mise en place de réunions médicales avec les médecins de l'établissement pour faire le point sur les questions des équipes, des situations particulières, complexes de résidents et de familles. Relations étroites de soutien médical avec le psychiatre de l'hôpital local pour la partie UPG-UGP. Evaluations régulières de l'intégration des résidents des unités.	S'agissant du recrutement d'un MEDEC, la direction déclare être en cours d'étude pour la mise en place d'un télémédecin coordonnateur. Dans l'attente du recrutement effectif d'un MEDEC à hauteur de 1 ETP, la prescription 1 est maintenue. Concernant les actions mises en œuvre pour faire face au manque de personnel, la direction déclare avoir : -mis en place des réunions médicales avec les médecins de l'établissement pour faire le point sur les équipes, les résidents et les familles, -développement des relations de soutien du médecin psychiatre de l'hôpital local pour la partie UPG-UGP, -évaluation régulière de l'intégration des résidents dans les unités. Ces actions sont mises en œuvre afin d'assurer une prise en charge médicale de qualité des résidents. Si l'établissement apporte des réponses concernant la prise en charge médicale, en revanche, il n'apporte pas de pistes concernant l'attractivité des postes soignants et la fidélisation des équipes soignantes. Par conséquent, la recommandation 2 est maintenue.
1.3 Le directeur dispose-t-il du niveau requis de qualification ? Joindre le justificatif : soit le diplôme, soit l'arrêté de nomination (CCAS et FPH).	OUI	Mme , directrice de l'EHPAD René Marion depuis le mois de mars 2024, est titulaire du CAFDES obtenu en 2002, ce qui est conforme à l'article D312-176-6 du CASF.					
1.4 Pour les établissements privés à but lucratif, ou associatifs, ou publics territoriaux : Le directeur dispose-t-il d'un document unique de délégation ? Joindre le document. Pour les établissements publics autonomes ou hospitaliers : le directeur dispose-t-il d'une délégation de signature ?	OUI	La direction déclare disposer d'une "délégation de signature pour l'ensemble des documents ainsi que les écritures comptables". Toutefois, en l'absence de transmission du document unique de délégation, la directrice ne peut attester disposer d'une délégation de signature du Président du CA, ce qui contrevient à l'article D312-176-5 du CASF.	Ecart 2 : En l'absence de transmission du document unique de délégation du Président du CA, l'EHPAD contrevient à l'article D312-176-5 du CASF.	Prescription 2 : Transmettre le document unique de délégation du Président du CA, conformément à l'article D312-176-5 du CASF.	PV d'installation	L'Ehpad René MARION est un établissement public autonome, et non privé. L'article D312-176-5 du CASF concerne uniquement les établissement privé. Le directeur est nommé par l'ARS.	Dont acte. Au regard de l'arrêté n°2023-14-0250, l'établissement Renée Marion est bien un établissement public autonome. En conséquence, la prescription 2 est annulée.
1.5 Une astreinte administrative de direction est-elle organisée et formalisée ? Joindre la procédure et le planning d'astreinte réalisé du 1er semestre 2024 ainsi que le planning prévisionnel du 2ème semestre 2024.	OUI	Il a été remis un document intitulé "procédure de garde administrative". A sa lecture, le document manque de complétude. En effet, ni les professionnels assurant l'astreinte, ni les modalités de recours à l'astreinte de direction, ni le numéro unique d'astreinte ne sont identifiés. Par ailleurs, à la lecture des plannings d'astreinte remis pour l'année 2024, il est relevé le nom de 7 professionnels assurant l'astreinte de direction. Toutefois, il n'est pas précisé leurs fonctions, ce qui ne permet pas de connaître les agents assurant l'astreinte.	Remarque 3 : La procédure d'astreinte est incomplète, ce qui ne permet pas de définir son organisation et son fonctionnement (modalités de recours, cadres assurant l'astreinte, numéro unique).	Recommandation 3 : Compléter la procédure d'astreinte administrative en définissant son fonctionnement et son organisation (cadres assurant l'astreinte, modalités de recours, numéro unique).	Procédure astreinte administrative complétée	La procédure d'astreinte administrative a été complétée par les informations attendues	Dont acte. La procédure de garde administrative a été modifié. Le numéro unique d'astreinte, les cadres assurant l'astreinte et les modalités de recours sont renseignés. Par conséquent, la recommandation 3 est levée.
1.6 Un CODIR régulier est-il mis en place au sein de l'EHPAD ? Joindre les 3 derniers comptes rendus.	OUI	La direction déclare ne plus organiser de CODIR sur l'année 2024. Elle précise que "des assemblées générales viennent en remplacement pour partie des CODIR" en raison de l'élaboration d'un contrat de retour à l'équilibre. Or, les membres participants et les objectifs d'une AG et d'un CODIR sont différents. L'AG ne peut se substituer à la mise en place de CODIR régulier. En conséquence et au regard des documents transmis, il n'existe pas de temps d'échanges réguliers entre les responsables de services et la directrice.	Remarque 4 : En l'absence d'organisation de temps d'échanges réguliers entre la direction et les responsables de services, l'EHPAD ne peut garantir l'existence d'un pilotage de proximité.	Recommandation 4 : Organiser des temps d'échanges réguliers avec la direction et les responsables de services afin de garantir un pilotage de proximité de l'EHPAD.	Planning interactif Codir 2025	Création d'un planning en partage pour les Codir 2025	La direction a remis le planning des réunions de CODIR pour l'année 2025. Toutefois, il était attendu la transmission des CR de CODIR des mois de janvier et février permettant d'attester de la mise en place des réunions de CODIR avec l'équipe de direction. Par conséquent, la recommandation 4 est maintenue.
1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	OUI	Le projet d'établissement remis couvre la période 2022-2026. Les membres du CVS ont été consulté le 17/10/22, conformément à l'article L311-8 du CASF. A sa lecture, des fiches projets déclinent les objectifs stratégiques fixés par l'établissement. De plus, en matière de prise en charge des soins palliatifs, l'établissement atteste coopérer avec l'équipe mobile de soins palliatifs du CH de Voiron.					
1.8 Est-ce qu'au sein du projet d'établissement, vous avez identifié une politique de prévention et de lutte contre la maltraitance comme le prévoit le décret n° 2024-166 du 29 février 2024 relatif au projet d'établissement ou de service des ESMS ? Transmettre le projet d'établissement intégrant cette partie et les documents annexes de l'établissement s'y rapportant.	OUI	Au sein du projet d'établissement remis, des objectifs à mettre en œuvre concernant le développement "de la politique bientraitance de l'établissement" sont présentés. Il s'agit du renforcement des formations à la bientraitance des professionnels, l'élaboration d'une procédure de prévention et de traitement de la maltraitance. De plus, l'établissement se fixe pour objectif de "décliner une politique de prévention de la maltraitance sur le terrain" sans toutefois, en préciser les contours. Par conséquent, la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance de l'EHPAD est incomplète. Il est attendu que le projet d'établissement prévoit l'identification des moyens de repérage des risques de maltraitance et les modalités de signalement ainsi que les modalités de communication auprès des personnes accueillies ou accompagnées, conformément à l'article D311-38-3 du CASF.	Ecart 3 : En l'absence d'identification des moyens de repérage des risques de maltraitance et les modalités de signalement ainsi que les modalités de communication auprès des personnes accueillies ou accompagnées, la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance est incomplète, ce qui contrevient à l'article D311-38-3 du CASF.	Prescription 3 : Compléter la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance, notamment en intégrant les moyens de repérage des risques de maltraitance et les modalités de signalement ainsi que les modalités de communication auprès des personnes accueillies ou accompagnées, conformément à l'article D311-38-3 du CASF.	En PJ	Livret d'accueil du résident	La direction a remis le livret d'accueil du résident. Or, ce document n'apporte aucun élément concernant la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance mise en œuvre au sein de l'EHPAD. Par conséquent, l'EHPAD n'atteste pas avoir intégré les moyens de repérage des risques de maltraitance et les modalités de signalement ainsi que les modalités de communication auprès des personnes accueillies ou accompagnées au sein de sa politique de prévention et de lutte contre la maltraitance. La prescription 3 est maintenue.
1.9 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	OUI	Il a été transmis le règlement intérieur du personnel, or il était demandé le règlement de fonctionnement. Par conséquent, en l'absence de transmission du règlement de fonctionnement de l'EHPAD, l'établissement contrevient aux articles L311-7, R311-33 et R311-35 et suivants du CASF.	Ecart 4 : En l'absence de transmission du règlement de fonctionnement, l'EHPAD n'atteste pas avoir élaboré de règlement de fonctionnement, ce qui contrevient aux articles L311-7, R311-33 et R311-35 et suivants du CASF.	Prescription 4 : Elaborer le règlement de fonctionnement de l'EHPAD conformément aux articles L311-7, R311-33 et R311-35 et suivants du CASF et le transmettre.	Règlement de fonctionnement en PJ	Le règlement de fonctionnement a été élaboré en juin 2023	Le règlement de fonctionnement de l'EHPAD a été transmis, il est daté du 10 juillet 2024. Il a été adopté par le CA le 30/06/2023 après avis consultatif favorable du CVS en date du 27/06/2023 et du CSE en date du 28/06/2023. Concernant son contenu, il est conforme à l'article R311-35 du CASF. Par conséquent, la prescription 4 est levée.
1.10 L'établissement dispose-t-il d'un IDEC et/ou d'un cadre de santé ? Joindre son contrat de travail pour le privé ou son arrêté de nomination pour le public.	OUI	Le poste de cadre de santé n'est pas pourvu, pour autant, l'établissement dispose de 2 IDEC : Mme , infirmière en soins généraux et spécialisés a intégré l'EHPAD René Marion le 1er juillet 2021. Mme , infirmière en soins généraux et spécialisés a été titularisée le 1er aout 2019 à l'EHPAD René Marion. Toutefois, à la lecture de l'organigramme, il n'est pas renseigné la présence de deux IDEC, ce qui rend difficilement lisible la répartition des missions de chacune des IDEC identifiées.	Remarque 5 : L'absence de précision, sur l'organigramme, de l'intervention de deux IDEC à l'EHPAD, rend difficilement lisible la répartition des missions de chacune des IDEC.	Recommandation 5 : Préciser sur l'organigramme le service d'intervention de chacune des IDEC.	Organigramme des soins	Organigramme des soins qui indique la répartition des services entre les 2 IDEC	Dont acte. L'organigramme spécifique à la partie soins a été transmis. A sa lecture, les missions des deux IDEC sont réparties : Mme est IDEC sur l'unité UPG-UGP et Mme est IDEC sur la partie EHPAD. La recommandation 5 est levée.
1.11 L'IDEC ou le cadre de santé dispose-t-il d'une formation spécifique à l'encadrement : relative au parcours de formation d'IDEC en EHPAD ou le diplôme de cadre de santé ? Joindre le justificatif.	OUI	Mme est titulaire d'un DU en évaluation, coordination et technique du soins en gérontologie, obtenu en 2022. En revanche, concernant Mme , il est indiqué qu'un test de positionnement au parcours d'encadrant a été réalisé. Toutefois, il n'a pas été remis de preuve attestant de son engagement dans une formation spécifique à l'encadrement.	Remarque 6 : Mme C n'a pas suivi de formation spécifique à l'encadrement ce qui peut rendre difficile l'exercice de ses missions concernant l'encadrement de l'équipe soignante.	Recommandation 6 : Accompagner Mme C dans un processus de formation pour acquérir des compétences managériales.	Attestation de formation de l'IDEC à la coordination		Mme n'apparaît plus comme IDEC à l'EHPAD René Marion. Elle a été remplacée par Mme qui a réalisé une formation intitulée "la coordination dans le rôle propre de l'infirmier" en 2018. Par conséquent, la recommandation 6 est levée.
1.12 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 le contrôle sur pièces).	OUI	La direction déclare ne pas avoir de MEDEC depuis 2020, en l'absence de médecin coordonnateur, l'établissement contrevient à l'article D312-156 du CASF.	Rappel écart 1	Rappel prescription 1			
1.13 Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? Joindre le ou les justificatifs.	OUI	En l'absence de MEDEC, l'établissement n'est pas concerné par la question.					
1.14 La commission de coordination gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle annuellement ? Joindre les 3 derniers procès-verbaux.	OUI	En l'absence de MEDEC, l'établissement n'a pas organisé de commission de coordination gériatrique, ce qui contrevient à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	Ecart 5 : En l'absence d'organisation de la commission de coordination gériatrique, l'EHPAD contrevient à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	Prescription 5 : Organiser annuellement la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D312-158 alinéa 3 CASF.	CR réunions décembre	Organisation d'au moins 3 réunions médicales de coordination gériatrique	La direction déclare avoir réuni la commission de coordination gériatrique le 18/12/24. Or, il a été transmis uniquement les sujets à l'ordre du jour de la réunion. En l'absence de transmission du CR faisant état des échanges entre professionnels ainsi que de la feuille d'émargement, l'EHPAD n'atteste pas avoir réuni la commission de coordination gériatrique. En conséquence, la prescription 5 est maintenue.
1.15 Le rapport d'activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2023).	OUI	Il a été remis le rapport budgétaire et financier de l'EHPAD concernant les dépenses réalisées pour l'année 2023. A sa lecture, il est renseigné la provenance des résidents, le GIR, le GMP, l'organisation des soins, la vaccination des résidents et professionnels, les chutes, la dénutrition et la iatrogénie. Toutefois, ce document est incomplet. En effet, il est attendu que le RAMA retrace les modalités de la prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents, conformément à l'article D312-158 alinéa 10 du CASF. Or, les données chiffrées des années précédentes ne sont pas renseignés. Par ailleurs, il n'est pas développé de partie relative à l'évaluation de la douleur et il n'est pas précisé l'existence des protocoles soins.	Ecart 6 : En l'absence de de données chiffrées des années précédentes, des protocoles soins et de données relatives à l'évaluation de la douleur, le RAMA 2023 est incomplet, ce qui contrevient à l'article D312-158 alinéa 10 du CASF.	Prescription 6 : Rédiger le RAMA 2024 conformément à l'article D312-158 du CASF et le transmettre.	Rapport médical	En PJ le rapport médical 2024 complété	Dont acte. Le RAMA 2024 transmis comporte les données chiffrées des années précédentes, les protocoles soins dont dispose l'établissement et les données relatives à l'évaluation de la douleur sont explicitées. Toutefois, il conviendra d'intégrer également une partie relative aux chutes, à la dénutrition et à la iatrogénie. La prescription 6 est levée.

1.16 L'établissement a-t-il une pratique régulière de signalement aux autorités de contrôle des évènements indésirables graves (EIG)? Joindre les signalements des EIG transmis aux autorités de contrôle réalisés en 2023 et 2024.	OUI	Il a été remis une unique fiche de signalement relatif à un cas de GEA au sein de l'EHPAD en date du 22/04/24. Toutefois, aucune autre fiche de signalement n'a été transmise pour 2023 et 2024. Au regard du nombre de lits (132 lits) et en l'absence de transmission des fiches de signalements pour les années 2023 et 2024, l'EHPAD n'atteste pas signaler, sans délai, de tout dysfonctionnement grave dans sa gestion et son organisation, susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, conformément à l'article L331-8-1 du CASF.	Ecart 7 : En l'absence de transmission de l'ensemble des EI/EIG signalés sur 2023 et 2024, l'EHPAD n'atteste pas signaler, sans délai, tout dysfonctionnement grave dans sa gestion et son organisation, susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, conformément à l'article L331-8-1 du CASF.	Prescription 7 : Transmettre les signalements des EI/EIG réalisés auprès des autorités de tutelle en 2023 et 2024 afin d'attester du signalement, sans délai, de tout dysfonctionnement grave dans la gestion et l'organisation de l'EHPAD, susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, conformément à l'article L331-8-1 du CASF.	Statistiques en PJ	Extraction logiciel	La direction a transmis le tableau de bord des EI/EIG pour 2023 et 2024. A sa lecture, aucun évènement ne nécessitait de signalement auprès des autorités de tutelle. Par conséquent, la prescription 7 est levée.
1.17 L'établissement s'est-il doté d'un dispositif de gestion globale des EI/EIG comportant : la déclaration en interne, le traitement de l'évènement, l'analyse des causes et le plan d'action pour y remédier ? Joindre tout document le prouvant, dont le tableau de bord des EI/EIG de 2023 et 2024.	OUI	Il a été transmis une synthèse statistique des EI/EIG issue du logiciel qualité . A sa lecture, 36 déclarations ont été réalisées sur la période du 1/01/24 au 7/10/24. Cette synthèse montre l'état d'avancement, la répartition des EI par service, les catégories d'EI, la typologie, la personne concernée par l'EI et la gravité. Toutefois, la description des EI/EIG n'apparaît pas ainsi que leur délai de traitement. Ce document ne permet pas d'apprécier la gestion globale des EI : modalités de traitement, actions mises en place et les mesures correctives.	Remarque 7 : En l'absence de transmission du tableau de bord des EI/EIG pour 2023 et 2024, il n'est pas possible d'apprécier la mise en place d'un dispositif de recueil, d'analyse et de suivi des EI/EIG.	Recommandation 7 : Attester de la mise en place d'un dispositif de gestion complet des EI/EIG pour 2023 et 2024, et notamment transmettre le tableau de bord des EI/EIG en intégrant la description de l'EI, l'analyse des causes et les actions mises en œuvre.	Document Plaintes et réclamations	Extraction logiciel + procédure de déclaration	La direction a transmis le tableau de bord des EI/EIG pour 2023 et 2024. A sa lecture, il est relaté la description de l'EI, les conséquences, les mesures immédiates, l'état d'avancement et les actions correctives. Par ailleurs, il a été transmis le PowerPoint du groupe de travail animé par le service qualité relatif aux plaintes et réclamations dont a fait l'objet l'EHPAD ainsi qu'un CR de formation à destination des salariés sur la déclaration des EI. Par conséquent, l'EHPAD atteste disposer d'un dispositif de gestion des EI/EIG. La recommandation 7 est levée.
1.18 Transmettre la dernière décision instituant le CVS. Joindre le document.	OUI	La direction a remis un PV de CVS daté du 27 juin 2023, il est fait état de l'élection d'un représentant des résidents et un représentant des familles. Toutefois, il était demandé la transmission de la décision instituant le CVS, conformément à l'article D311-4 du CASF. Par ailleurs, en l'absence de précision sur le PV de CVS de l'ensemble des collèges du CVS, l'EHPAD n'atteste pas que la composition du CVS est conforme à l'article D311-5 du CASF.	Ecart 8 : En l'absence de transmission de la décision instituant le CVS, l'EHPAD contrevient à l'article 311-4 du CASF, et n'atteste pas d'une composition de CVS conforme à l'article D311-5 du CASF.	Prescription 8 : Transmettre la décision instituant les membres du CVS afin d'attester de sa composition conforme aux articles D311-4 et D311-5 du CASF.	Délibération n°15-2007	Création du CVS le 29/10/2007	Il a été remis la délibération instaurant la mise en place du CVS au sein de l'EHPAD, en date d'octobre 2007. Or, il était demandé la transmission de la décision instituant l'ensemble des collèges des membres du CVS, conformément aux articles D311-4 et D311-5 du CASF. Par conséquent, la prescription 8 est maintenue.
1.19 Transmettre la dernière mise à jour du règlement intérieur du CVS ainsi que le procès-verbal du CVS s'y rapportant.	OUI	La direction déclare ne pas avoir de règlement intérieur du CVS, ce qui contrevient à l'article D311-19 du CASF.	Ecart 9 : En l'absence d'élaboration du règlement intérieur du CVS suite aux dernières élections, l'EHPAD contrevient à l'article D311-19 du CASF	Prescription 9 : Doter le CVS d'un règlement intérieur, conformément à l'article D311-19 du CASF.	Ri CVS + droits et libertés	2 documents en PJ	La direction a transmis le règlement intérieur du CVS qui n'est pas daté, ce qui ne permet pas de connaître sa date d'application. Toutefois, à la lecture de son contenu, celui-ci est ancien puisque le décret du 25 avril 2022 en vigueur depuis le 1er janvier 2023 n'est pas renseigné. Par conséquent, le document n'est plus valide. Il convient de le mettre à jour lors de la première séance des membres nouvellement élus au CVS, conformément à l'article D311-19 du CASF. En conséquence, la prescription 9 est maintenue.
1.20 Joindre pour 2023 et 2024, l'ensemble des procès-verbaux des réunions du CVS.	OUI	Il a été remis les "communiqués d'information à l'attention des usagers et des familles" pour 2023 et 2024. Or, il était demandé la transmission des CR de CVS pour 2023 et 2024 attestant de la mise en place d'un CVS au sein de l'EHPAD René Marion, conformément à l'article D311-3 du CASF.	Ecart 10 : En l'absence de mise en place d'un CVS, l'EHPAD René Marion contrevient à l'article D311-3 du CASF.	Prescription 10 : Mettre en place un CVS au sein de l'EHPAD, conformément à l'article D311-3 du CASF.			La direction n'a pas apporté d'élément de réponse. L'EHPAD ne réalise pas de réunion des membres du CVS. Par conséquent, la prescription 10 est maintenue.
2- Accueil Temporaire (Accueil de Jour et/ou Hébergement Temporaire)							
2.1 Si hébergement temporaire : préciser le taux d'occupation de l'hébergement temporaire pour l'année 2023 et le 1er semestre 2024. Si accueil de jour : transmettre la file active pour l'année 2023 et le 1er semestre 2024. Joindre les justificatifs.	OUI	La direction déclare un taux d'occupation pour l'hébergement temporaire en 2023 de 60.60% et de 58.16% au premier semestre 2024.					
2.2 L'accueil de jour et/ou l'hébergement temporaire dispose(nt)-t-il(s) d'un projet de service spécifique actualisé ? Joindre le document.	OUI	La direction déclare ne pas avoir de projet de service spécifique à l'hébergement temporaire définissant les modalités d'accueil, le type de population accueilli et les objectifs de l'hébergement temporaire. Par conséquent, l'EHPAD contrevient à l'article D312-9 du CASF.	Ecart 11 : Il n'existe pas de projet spécifique de service pour l'hébergement temporaire ce qui contrevient à l'article D312-9 du CASF.	Prescription 11 : Rédiger un projet de service spécifique pour l'hébergement temporaire, qui s'intégrera dans le projet d'établissement conformément à l'article D312-9 du CASF.		Je n'ai pas trouvé de projet spécifique pour l'accueil en hébergement temporaire	La direction déclare ne pas avoir de projet de service spécifique à l'hébergement temporaire. Par conséquent, la prescription 11 est maintenue.
2.3 L'accueil de jour dispose-t-il d'une équipe dédiée ? L'hébergement temporaire dispose-t-il d'une équipe dédiée, ou à défaut, un référent identifié ? Joindre la composition des équipes (qualifications et quotités de travail) et la fiche de poste du référent hébergement temporaire.	OUI	La direction déclare ne pas disposer d'une équipe dédiée à l'hébergement temporaire, par conséquent, l'EHPAD n'identifie pas de personnel référent à l'hébergement temporaire permettant de garantir la mise en œuvre des objectifs fixés à l'accueil temporaire dans de bonnes conditions.	Remarque 8 : L'absence de personnel dédié pour prendre en charge les résidents accueillis sur les 5 lits d'hébergement temporaire, ne permet pas de garantir la mise en œuvre des objectifs fixés à l'accueil temporaire dans de bonnes conditions.	Recommandation 8 : Identifier un professionnel référent de l'hébergement temporaire afin de garantir la mise en œuvre des objectifs fixés à l'accueil temporaire dans de bonnes conditions.		L'IDEC de la partie EHPAD de l'établissement joue son rôle sans projet spécifique	La direction déclare que l'IDEC "joue le rôle" de référent de l'HT. Or, en l'absence de définition des missions de référent HT au sein de sa fiche mission et d'objectifs spécifiques à ce type d'accueil, l'EHPAD ne peut garantir la mise en œuvre des objectifs de ce type d'accueil. Par conséquent, la recommandation 8 est maintenue.