

RAPPORT de CONTROLE le 22/01/2025

EHPAD LES CORALIES à CHOZEAU_38

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

Thématique: CSP 12/ Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : S.A.S. LES CORALIES

Nombre de places : 65 places en HP

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	Il est pris bonne note de l'organigramme de l'établissement.					
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	L'établissement déclare n'avoir aucun poste vacant.					
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	Le directeur est titulaire d'un DESS (master 2) en "droit des établissements de santé", obtenu en 2005, ce qui atteste du niveau de qualification 7. De plus, le directeur dispose du certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale (CAFDES), obtenu en 2015.					
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	L'établissement a transmis la délégation consentie au directeur de la SAS Les Coralies, datée du 18/07/2024. Ce document, signé par la directrice de la SAS et le directeur de l'EHPAD, précise et détaille la nature de la délégation de pouvoir. Il est bien constaté que cette délégation couvre bien les quatre grands domaines de délégation, nécessaires à la gestion courante de l'établissement.					
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	L'établissement a remis une procédure d'astreinte, récente, datée du 25/07/2024 . Ce document présente les motifs de recours à l'astreinte et le logigramme organisationnel. A la consultation du document, il est observé que seul le directeur assure l'astreinte, avec un relais assuré par l'IDEC en cas d'absence. Toutefois, les périodes d'astreinte (horaires nuit et week-end) ne sont pas spécifiées ni sur la procédure, ni sur le planning. L'établissement a également remis le planning d'astreinte de 2024 et confirme cette organisation.	Remarque 1 : En l'absence de mention des périodes couvertes par l'astreinte (nuit et week-end), le dispositif d'astreinte manque de précision, ce qui ne permet pas aux professionnels d'avoir une vision claire en cas de recours à l'astreinte.	Recommandation 1 : Compléter la procédure d'astreinte en mentionnant les jours et horaires couverts par l'astreinte.	1-5 Astreinte	Vous trouverez ci-joint la procédure astreinte comletée ainsi que le planning 2025 précisant les horaires semaines, jours fériés et weeks ends	La procédure d'astreinte transmise est datée au 28 janvier 2025. Cette procédure est claire et informe sur les horaires couverts par l'astreinte, de 18h à 8h du matin. La recommandation 1 est levée.
1.6 Un CODIR régulier est-il mis en place au sein de l’EHPAD ? Joindre les 3 derniers comptes rendus.	OUI	Les comptes rendus de CODIR des 12/09/2024, 26/09/2024, 08/10/2024 ont été remis. Le CODIR se tient donc sur une fréquence bimensuelle. A la lecture des comptes rendus, il est souligné que le CODIR réunit les responsables clés de la structure. Les sujets abordés traitent de la gestion et du pilotage stratégique de l'EHPAD.					
1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	OUI	Le projet d'établissement couvre la période 2021-2026. Le document a été validé par les instances en septembre 2021. Il est globalement complet.					
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	L'établissement a transmis l'annexe 1 du projet d'établissement. Cette annexe développe le sujet de la maltraitance à travers plusieurs axes : chartes, fiches instructives, comités RETEX, formation des professionnels, les rappels effectués par les responsables et notamment les procédures de signalement d'EI/EIG. Ainsi, l'établissement a mis en place une démarche de lutte contre la maltraitance.					
1.9 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	OUI	Le règlement de fonctionnement de l'établissement est daté de 2017. Il n'est donc plus d'actualité. De plus, aucune date ne fait référence à sa consultation par le Conseil de la vie sociale.	Ecart 1 : Le règlement de fonctionnement n’a pas été actualisé depuis au moins 2 ans, conformément à l'article R311-33 du CASF. Ecart 2 : En l'absence de mention dans le règlement de fonctionnement de la date de sa consultation par le CVS, l'EHPAD contrevient à l'article L311-7 du CASF.	Prescription 1 : Actualiser le règlement de fonctionnement comme prévu par l'article R311-33 du CASF. Prescription 2 : Mentionner dans le prochain règlement de fonctionnement sa date de consultation par le CVS, conformément à l'article L311-7 du CASF.	1-9 reglement de fonctionnement actualisé et vu par le CVS.	Vous trouverez ci-joint le règlement réactualisé et vu au CVS ainsu que le compte rendu mentionnant ce point là.	Le règlement de fonctionnement a été actualisé le 07/01/2025, et validé par le CVS lors de la séance du 28/01/2025 en atteste le compte rendu de séance remis. Les prescriptions 1 et 2 sont levées.
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	L'établissement a transmis les diplômes et formations de l'IDEC. Cependant, son contrat de travail n'a pas été transmis tel qu'il était attendu.	Remarque 2 : En l'absence de transmission du contrat de travail de l'IDEC, l'établissement n'atteste pas que le management de l'équipe soignante est organisé.	Recommandation 2 : Transmettre le contrat de travail de l'IDEC, afin d'attester du management de l'équipe soignante.	1-10 Contrat de travail de l'IDEC	Vous trouverez ci-joint le contrat de travail de l'IDEC	L'IDEC est recrutée en CDI à temps plein au sein de l'EHPAD Les Coralies, à compter du 08/07/2024, en atteste le contrat de travail transmis. Ces éléments permettent de lever la recommandation 2.
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	L'établissement déclare que l'IDEC en poste ne dispose d'aucune formation de "cadre de santé ou d'IDEC". L'IDEC dispose du diplôme d'IDE, d'une capacité d'hypnose et d'un DU "bases en soins palliatifs". En l'absence de formation spécifique à l'encadrement, l'IDEC peut se retrouver en difficulté dans ses missions de management.	Remarque 3 : L'IDEC en poste ne dispose pas de formation lui permettant d'assurer ses missions d'encadrement sans difficulté.	Recommandation 3 : Soutenir l'IDEC dans un processus de formation pour acquérir des compétences managériales et transmettre tout élément probant.	1-11 Projet de formation IDEC	Vous trouverez ci-joint le projet de formation en management de notre IDEC (contenu pédagogique)	L'établissement a transmis la plaquette de la formation intitulée "les fondamentaux du management". Le programme de cette formation correspond aux exigences du poste d'IDEC. Cette formation est en projet, comme l'indique la déclaration de l'établissement. Toutefois, la recommandation 3 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	Le contrat à durée indéterminée du MEDEC est transmis, il est recruté à compter du 03/09/2024. Le contrat prévoit un temps de travail de 21 heures par semaine, soit 0,6 ETP. Son temps de travail est réparti de la façon suivante : le mardi de 9h à 18h et le jeudi de 9h à 20h. Le planning des mois de septembre et d'octobre sont transmis et confirment cette organisation.					
1.13 Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? Joindre le ou les justificatifs.	OUI	Le MEDEC est titulaire d'une capacité de médecine de gériatologie, obtenue en 2019. Le MEDEC dispose donc des qualifications nécessaires pour assurer les fonctions de coordination gériatrique.					
1.14 La commission de coordination gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle annuellement ? Joindre les 3 derniers procès-verbaux.	OUI	L'établissement déclare que l'arrivée récente du MEDEC permet de "réactiver la commission de coordination gériatrique". Il est précisé que la "première réunion" est prévue pour le 21 novembre 2024. La composition de la commission présentée est conforme. Cependant, il est à noter que la commission de coordination gériatrique ne s'est pas tenue régulièrement tous les ans comme prévu par la réglementation.	Ecart 3 : La commission de coordination gériatrie ne se réunit pas régulièrement contrairement à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	Prescription 3 : Réunir la commission de coordination gériatrique au moins une fois par an, en vertu de l'article D312-158 alinéa 3 du CASF et transmettre le compte rendu de la commission du 21/11/2024.	1-14 compte rendu commission gériatrique	Vous trouverez ci-joint le compte rendu de la commission gériatrique ainsi que le plan d'action	Le compte rendu de la commission de coordination gériatrique (CCG) du 21/11/2024 est transmis. À sa lecture, il est observé que les participants sont nombreux et que l'ordre du jour est en adéquation avec les missions de cette commission. L'établissement a donc remis en place la CCG. La prescription 3 est levée.

1.15 Le rapport d’activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2023).	OUI	L'établissement a remis un document intitulé <i>“rapport annuel d'activité 2023”</i> . Ce document retrace notamment les modalités de la prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents. Cependant, ce document s'avère incomplet, il ne présente pas notamment les conventions de soins avec les partenaires (HAD, équipes mobiles, ...), ni les données des années précédentes permettant de comparer et de suivre l'évolution globale sur plusieurs années. L'établissement peut valablement prendre pour modèle la trame de RAMA disponible sur le site internet de l'ARS Pays de Loire, afin d'assurer l'exhaustivité du rapport et de faciliter l'évaluation de son projet de soin. Par ailleurs, le document n'est pas signé par le directeur en plus du MEDEC.	Ecart 4 : En l'absence de signature du RAMA par le directeur d'établissement, l'EHPAD contrevient à l'article D312-158 alinéa 10 du CASF.	Prescription 4 : Faire signer le RAMA 2023 par le directeur d'établissement en plus du MEDEC, conformément à l'article D312-158 alinéa 10 du CASF.	1-15 rapport RAMA	Vous trouverez la RAMA signé	La version du RAMA remise est signée par le MEDEC et le directeur de l'établissement. Ainsi, la prescription 4 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	L'établissement a transmis deux fiches de signalement d'EIG aux autorités de contrôle pour des EIG survenus en 2024 au sein de l'EHPAD. Ce qui atteste de la pratique régulière de signalement aux autorités de contrôle. Toutefois, il est repéré dans le tableau des EI de 2024, intitulé <i>"suivi des EI - plan d'action 2024"</i> et transmis à la question suivante 1.17, que l'EI du 25/08/2024 correspond à la fugue d'une résidente ayant nécessité l'alerte et l'intervention de la gendarmerie. Cet EI présente les caractéristiques d'EIG selon l'arrêté du 28/12/2016 relatif à l'obligation de signalement des structures médico-sociales. Or, le signalement aux autorités de contrôle de cet EIG n'a pas été transmis, ce qui ne témoigne pas du signalement de cet EIG. De plus, il est relevé dans la procédure intitulée <i>"signalement des EI"</i> transmise qu'il n'est pas fait mention de l'arrêté précité. Il est également constaté que la définition des EIG donnée est limitée aux <i>"décès"</i> ou <i>"mise en jeu du pronostic vital"</i> . Cette définition est restrictive pour les établissements médico-sociaux. En effet, les EIG survenant dans ces structures, notamment les EHPAD, englobent plus largement <i>"tout dysfonctionnement grave dans leur gestion ou leur organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits et de tout évènement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées"</i> . Ces éléments nécessitent un signalement aux autorités compétentes. Au regard de ces éléments, la procédure apparaît incomplète et démontre que l'établissement méconnaît la réglementation du secteur médico-social.	Ecart 5 : L'absence de déclaration de l'EIG survenu au sein de l'EHPAD, le 25/08/2024, aux autorités de contrôle ne garantit pas le respect des obligations prévues à l'article L331-8-1 du CASF. Ecart 6 : En limitant les EIG aux <i>"décès inattendus"</i> ou <i>"complications graves mettant en jeu le pronostic vital"</i> dans la procédure <i>"déclaration d'EI et d'EIAS"</i> remise, l'établissement méconnaît l'article L331-8-1 du CASF.	Prescription 5 : Assurer la déclaration des EIG aux autorités de contrôle, afin de répondre aux exigences de signalement prévues à l'article L331-8-1 du CASF. Prescription 6 : Compléter la procédure <i>"déclaration d'EI et d'EIAS"</i> en intégrant la définition des EIG du secteur médico-social afin de respecter l'article L331-8-1 du CASF.	1-16 Procédure de signalement actualisée avec définition	l'établissement sera plus vigilant dans ses déclarations D'EIG. Réactualisation de la procédure en interne	La procédure <i>"signalement des évènements indésirables"</i> a été modifiée et prend en compte les remarques relevées concernant la définition des EIG. Par ailleurs, l'établissement s'engage à être plus vigilant dans ses déclarations d'EIG. Par conséquent, les prescriptions 5 et 6 sont levées.
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	L'établissement a remis un document <i>"suivi des EI - plan d'action 2024"</i> . À la consultation du document, il est observé que de nombreux EI sur la période ont été déclarés en interne, ce qui démontre que la culture de la déclaration par les équipes est acquise. Cependant, ce document est succinct : il se limite à indiquer la date, l'objet des EI, et les actions à mettre en œuvre. Il ne présente pas le descriptif détaillé, les actions immédiates mises en places ainsi que leurs conséquences. Ce qui ne permet pas à la mission de s'assurer que l'analyse approfondie des causes et que le traitement du dysfonctionnement sont réalisés. En outre, il était également attendu le tableau de bord des EI/EIG de l'année 2023.	Ecart 7 : En l'absence de transmission des réponses complètes apportées par l'établissement aux EI déclarés, l'établissement n'atteste pas mettre en place une analyse des causes, ni d'actions correctives pour éviter qu'une même situation ne se reproduise, ce qui ne garantit pas la sécurité des résidents prévue par l'article L311-3 du CASF.	Prescription 7 : Transmettre tout document permettant d'attester que l'établissement assure bien l'analyse des causes et le traitement des dysfonctionnement en cas de survenue d'EI/EIG, afin de garantir la déclaration et le traitement EI/EIG pour sécuriser la prise en charge des résidents au titre de l'article L311-3 du CASF et transmettre le tableau de bord des EI/EIG de 2023.	1-17 Tableau de suivi et analyse FE-EIG	Ci-joint le tableau de suivi et analyse des causes et des dysfonctionnement pour les EI/EIG. Malgré des recherches intenses, la nouvelle équipe des Coralires n'a pas trouvé le document pour 2023, il existe, cependant, quelques déclarations d'EI.	L'établissement a remis un tableau vierge. À sa consultation, il est observé des colonnes, description, causes, conséquences, pilote, échéance, ces éléments permettent l'analyse des causes des EI/EIG déclarés. Ce tableau sert ainsi à recenser les EI/EIG et à intégrer l'analyse de cause, permettant d'assurer le traitement des EI/EIG. La prescription 7 est levée.
1.18 Transmettre la dernière décision instituant le CVS. Joindre le document.	OUI	Le document remis n'est pas celui attendu (il est remis l'invitation à la commission de coordination gériatrique 2024). Il est constaté que des élections des représentants des familles ont eu lieu en novembre 2024, comme en témoigne le courrier d'appel à candidature transmis à la question suivante 1.20.	Ecart 8 : En l'absence de transmission de la décision instituant le CVS, l'établissement n'atteste pas être conforme à l'article D311-4 du CASF et n'atteste pas que sa composition est conforme à l'article D311-5 du CASF.	Prescription 8 : Transmettre la décision instituant tous les membres du CVS afin de vérifier sa conformité aux articles D311-4 et 5 du CASF.			Le procès-verbal de constitution du CVS du 22/11/2024 est remis. Il est observé que les élections des représentants des résidents, des familles et des professionnels ont eu lieu. Toutefois, il est repéré que le directeur a été désigné comme représentant de l'organisme gestionnaire. Or, ce dernier ne peut occuper ce siège, car il dispose uniquement d'une voix consultative, tandis que le représentant de l'organisme gestionnaire a une voix délibérative. L'établissement veillera donc à désigner un autre membre de l'organisme gestionnaire pour cette fonction. La prescription 8 est levée.
1.19 Transmettre la dernière mise à jour du règlement intérieur du CVS ainsi que le procès-verbal du CVS s'y rapportant.	OUI	Le règlement intérieur du CVS transmis est daté du 12/09/2024. Ce document est à l'état de projet, car il n'est pas approuvé par l'instance. De plus, ce document appelle les remarques suivantes à "l'article 3. Composition du CVS" : - Il comporte des mentions non complétées "... représentants des résidents" - il n'est pas mentionné la catégorie des représentants des familles dans la composition du CVS. Alors même que dans le courrier, du 14/10/2024, transmis "appel à candidature", l'établissement prévoit des élections des représentants des familles (1 titulaire et 1 suppléant). -la mention "direction avec voix consultative" concernant le représentant de l'organisme gestionnaire est erronée. Le représentant de l'organisme qui dispose d'une voix consultative ne peut être le directeur qui lui dispose d'une voix consultative. Par ailleurs, le document prend bien en compte la réglementation, issue du décret d'avril 2022.	Ecart 9 : En l'absence de validation du règlement intérieur du CVS par l'instance, l'EHPAD contrevient à l'article D311-19 du CASF. Ecart 10 : La composition des membres du CVS inscrite dans le règlement intérieur du CVS ne respecte pas la composition réglementaire, ce qui contrevient aux articles D311-5 CASF et D311-9 CASF.	Prescription 9 : Procéder à l'approbation du règlement intérieur du CVS par l'instance et définir le nombre des représentants des résidents et des professionnels, à l'issue des prochaines élections, conformément à l'article D311-19 du CASF. Prescription 10 : Modifier l' <i>"article 3 : composition du CVS"</i> du règlement intérieur du CVS, conformément aux articles D311-5 CASF et D311-9 CASF et le transmettre.			Le règlement intérieur du CVS a été validé lors de la séance du CVS du 28/01/2024. La prescription 9 est levée. Le règlement intérieur a été modifié conformément à l'article D311-5 CASF. Toutefois, le point concernant le représentant de l'organisme gestionnaire n'a pas été modifié et demeure non conforme à l'article D311-9 CASF. La prescription 10 est donc partiellement levée. Néanmoins, il n'est pas attendu d'élément probant en retour.
1.20 Joindre pour 2023 et 2024, l'ensemble des procès-verbaux des réunions du CVS.	OUI	L'établissement a remis des comptes rendus de réunions intitulées "CVS" des 20/02/2023, 09/05/2023, 30/05/2024 et du 12/09/2024. Ces réunions ont eu lieu deux fois en 2023 et également en 2024. À la lecture du compte rendu du 20/02/2023, il est indiqué que <i>"à la demande de l'ensemble des membres du CVS, cette réunion était ouverte à tous afin de donner à tous chacun la possibilité de s'exprimer"</i> . Or, il est rappelé que le CVS est régi par composition réglementaire, limitée à ses membres élus. Le rôle principal du CVS est de permettre aux résidents et/ou à leurs familles de s'exprimer par l'intermédiaire de leurs représentants élus. Il appartient au directeur de l'établissement de veiller à l'organisation de ces élections. Cette situation soulève des interrogations quant au respect de la composition réglementaire du CVS. La lecture des comptes rendus atteste que les sujets traités sont variés et que les échanges sont riches. Enfin, il est à noter que les comptes rendus ne sont pas systématiquement signés par le Président du CVS.	Ecart 11 : En l'absence d'organisation de 3 CVS en 2023, l'EHPAD contrevient à l'article D311-16 du CASF. Ecart 12 : L'ouverture du CVS à l'ensemble des résidents/familles/salariés, ne respecte pas la composition réglementairement prévue par l'article D311-5 CASF. Remarque 4 : En l'absence de la signature du Président du CVS sur les comptes rendus, l'établissement contrevient 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 et transmettre le troisième compte rendu de CVS de l'année 2024. Prescription 12 : Respecter la composition du CVS, conformément à l'article D311-5 CASF. Recommandation 4 : Faire signer les comptes rendus par le Président du CVS, conformément à l'article D311-20 du CASF.		l'équipe de direction des Coralies est complètement constituée et structurée. L'établissement a organisé de nouvelles élections et a programmé les dates des CVS pour 2025. Au cours de l'année 2024 le CVS a été suivi par une réunion des familles.	L'établissement a remis le compte rendu de CVS de la séance du 28/01/2025. Pour l'année 2024, seules deux réunions se sont tenues, au lieu des trois requises par la réglementation. Toutefois, l'établissement déclare que les dates des CVS de l'année 2025 sont déjà programmées, ce qui permettra effectivement de garantir la tenue des trois séances par an. En conséquence, la prescription 11 est maintenue, dans l'attente de la tenue effective de trois séances de CVS par an. Il n'est pas attendu d'élément probant en retour. À l'appui de la liste des présents du compte rendu du CVS du 28 janvier 2025, séance suivant les élections, il est observé que la composition du CVS est conforme. Par ailleurs, il est constaté un nombre important de participants à la séance au-delà des membres du CVS principalement des professionnels de l'EHPAD. Cette situation entraîne donc une sous-représentation des membres du CVS, représentants des résidents et des familles, ce qui peut limiter leur expression. L'établissement veillera à être vigilant à respecter la composition du CVS et éviter d'inviter de manière large les professionnels de l'EHPAD. La prescription 12 est donc levée. Le dernier compte rendu de CVS du 18/01/2025 est bien signé par l'unique président de l'instance. La prescription 13 est levée.
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.	NON	Non concerné.					
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.	NON	Non concerné.					

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.	NON	Non concerné.					
---	-----	---------------	--	--	--	--	--