

RAPPORT de CONTRÔLE le 07/10/2024

EHPAD LA RENAUDIERE à SAINT CHAMOND_42

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

Thématique: CSP 10 / Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : AS GEST.DU F.R "LA RENAUDIERE"

Nombre de places : 107 places dont 95 places HP et 12 places en AJ (Alzheimer)

Questions	Fichiers déposés OUI /	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	L'organigramme est partiellement nominatif, mais il n'est pas daté, ce qui ne permet pas de s'assurer de sa mise à jour régulière. Il présente les liens hiérarchiques/fonctionnels entre les personnels de l'EHPAD et rend compte de l'organisation interne de l'EHPAD.	Remarque 1 : l'absence de date sur l'organigramme de l'EHPAD ne permet pas de s'assurer que le document est régulièrement mis à jour.	Recommandation 1 : s'assurer de la mise à jour régulière de l'organigramme en le datant.	Q01-T01-01 Organigramme hiérarchique	Nous vous avons envoyer la version ordinateur mais pas celui affiché qui est bien daté	Il est bien noté que l'organigramme affiché dans l'établissement est daté. Il est remis comme élément probant : la dernière mise à jour remonte au 03/07/2023. 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	L'établissement déclare 3 postes d'aides-soignants vacants.					
1.3 Le directeur / la directrice dispose-t-il/elle du niveau requis de qualification ? Joindre le justificatif : soit le diplôme, soit l'arrêté de nomination (CCAS et FPH).	Oui	La Directrice est titulaire du Master droit, économie, gestion, à finalité professionnelle, mention management, spécialité management des organisations de santé, délivré par l'université Jean Monnet à Saint-Etienne (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	La délégation de pouvoir du 04/05/2021 du Président de l'association gestionnaire à la Directrice de l'EHPAD a été remise. Elle ne précise pas l'étendue de la délégation en matière de conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement et en matière de gestion budgétaire, financière et comptable, en application des articles R. 314-9 à R. 314-55 du CASF.	Ecart 1 : le DUD de la directrice ne répond pas aux attendus prévus à l'article D312-176-5 du CASF.	Prescription 1 : compléter le DUD, conformément à l'article D312-176-5 du CASF.	Q01-T01-04 DUD	Celui-ci a été modifié pour être conforme a l'article D312-176-5 du CASF	Le DUD de la directrice de l'EHPAD a été complété au 03/09/2024. Il est conforme. 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 du 2ème semestre 2023 ainsi que le planning prévisionnel du 1er semestre 2024.	Oui	Il est déclaré que la directrice de l'EHPAD assure seule la continuité de la direction et qu'en son absence les cadres prennent le relai. A ce titre, une "délégation de pouvoir" est donnée aux cadres. Il est également déclaré qu'une astreinte technique est en place, assurée par la directrice, la cadre administrative, la cadre de santé et l'agent de maintenance. En atteste le planning de l'astreinte technique remis pour le 1er semestre 2024. Il est relevé que l'astreinte technique est assurée par téléphone le week-end. Le document précise les dates des week-end, la personne d'astreinte par ses initiales et le n° de téléphone portable à appeler. Il est indiqué sur le planning qu'en cas de dysfonctionnement il faut contacter l'IDE responsable du week-end de 6h45 à 18h45 puis si nécessaire la personne d'astreinte. Il n'est pas précisé en quoi consistent les dysfonctionnements possibles. Il n'existe pas de procédure encadrant ces deux types d'astreintes. Ce qui ne permet pas de définir leur fonctionnement et leur organisation (cadres responsables, heure de début et de fin, modalités de recours, etc.).	Remarque 2 : en faisant reposer l'astreinte administrative de direction exclusivement sur la Directrice, la responsabilité de l'astreinte administrative peut être un facteur de risque en matière d'usure professionnelle pour le personnel. Remarque 3 : l'absence de procédure relative à l'astreinte administrative ne permet pas de définir son fonctionnement et son organisation (cadres responsables, heure de début et de fin, modalités de recours, etc.).	Recommandation 2 : veiller à élargir l'astreinte administrative de direction à d'autres personnels de l'EHPAD de façon à équilibrer la charge de travail. Recommandation 3 : rédiger une procédure relative à l'organisation et au fonctionnement de l'astreinte administrative.		Une procédure d'astreinte va être créée dès le retour de congés de la qualicienne	L'engagement de l'établissement d'élaborer une procédure d'astreinte par la qualicienne est acté. Les recommandation 2 et 3 sont maintenues, dans l'attente de la rédaction d'une procédure relative à l'astreinte administrative et technique, expliquant son organisation et son fonctionnement.
1.6 Un CODIR régulier concernant l'EHPAD contrôlé est-il mis en place ? Joindre les 3 derniers PV	Oui	Le CODIR se tient tous les 15 jours ou presque. En atteste les feuilles d'émargement remises : 25/03/2024, 13/04/2024, 29/04/2024 et 13/05/2024. Plusieurs cadres sont présents au CODIR (Directrice, cadre de santé, gouvernante, la psychologue, etc.). Aucun compte rendu n'est transmis. L'absence de compte rendu des CODIR permet pas de retranscrire les orientations stratégiques de l'établissement et les décisions qui y sont prises, ce qui est particulièrement utile pour les cadres absents.	Remarque 4 : en l'absence de rédaction des comptes rendus des réunions du CODIR, la direction n'en fait pas un outil de pilotage et cela ne permet pas de suivre les décisions prises.	Recommandation 4 : rédiger à la suite de chaque CODIR un compte rendu.		Nous avons des comptes rendus à la suite de chaque codir	Il est remis comme élément probant le compte rendu du 25/03/2024. Pour chaque thème abordé, le relevé des décisions prises est présenté. La recommandation 4 est levée.
1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	Oui	Le projet d'établissement de l'EHPAD remis couvre la période 2024-2028. Il comporte des fiches actions qui déclinent les objectifs retenus sur la période qu'il couvre. Il indique que le CVS a participé à la structuration du projet, mais ne présente pas sa date de consultation par l'instance. Enfin, à sa lecture, il est relevé plusieurs points de non-conformités : - il n'intègre pas le plan bleu de l'EHPAD, - il ne détaille pas les modalités de traitement des faits de maltraitance dans le cadre de la démarche interne de prévention et de lutte contre la maltraitance, - il n'indique pas les modalités de réalisation du bilan annuel portant sur les situations de maltraiances survnues dans l'établissement, - il de détaille pas les actions de contrôle des situation de maltraitance par le personnel, - il ne présente pas l'autorité extérieure et les modalités dans lesquelles les personnes accueillies ou accompagnées peuvent faire appel à elle en cas de difficulté et de situation de maltraitance.	Ecart 2 : en l'absence de consultation du projet d'établissement par le CVS, l'EHPAD contrevient à l'article D311-8 du CASF. Ecart 3 : en l'absence de l'intégration de son Plan Bleu et d'une présentation complète de sa politique de prévention et de lutte contre la maltraitance dans le projet d'établissement, l'établissement contrevient aux articles L311-8 et D311-38-3 du CASF.	Prescription 2 : assurer la consultation du projet d'établissement par le CVS, conformément à l'article D311-8 du CASF. Prescription 3 : intégrer le Plan Bleu et présenter la démarche interne complète de prévention et de lutte contre la maltraitance dans le projet d'établissement, tel que prévu par les articles L311-8 et D311-38-3 du CASF.		Nous intégrerons l'ensemble des éléments au projet d'établissement et le feront valider par le CVS lors de la prochaine réunion	La réponse fait état de l'engagement de l'établissement à intégrer dans le projet d'établissement l'ensemble des éléments manquants avec validation par le CVS. Aucun élément probant n'est remis à l'appui de cette déclaration. Les prescriptions 2 et 3 sont maintenues, dans l'attente de l'intégration dans le projet d'établissement du Plan Bleu ainsi que de la démarche interne complète de prévention et de lutte contre la maltraitance, et dans l'attente de la présentation du document au CVS.
1.8 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	Oui	Le règlement de fonctionnement remis couvre la période 2023-2028. Il est complet et conforme aux attentes réglementaires. Il a été consulté le 11/10/2022 par le CVS.					
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'avenant n°1 du 01/07/2022 du contrat de travail d'une IDE a été remis. Cet avenant la promeut au poste de cadre de santé à temps plein à compter du 01/07/2022.					
1.10 L'IDEC dispose-t-il/elle d'une formation spécifique à l'encadrement ? Joindre le justificatif	Oui	La cadre de santé est titulaire du diplôme de cadre de santé et d'une maîtrise en droit, économie, gestion, management.					
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 a été remis ainsi que son planning. Ces documents attestent de sa présence à hauteur de 0,20 ETP sur l'EHPAD. Or, au regard de sa capacité autorisée, le temps de présence du MEDEC ne peut être inférieur à 0,80 ETP. Enfin, à la lecture du contrat de travail du MEDEC, il est relevé qu'il ne prévoit pas l'encadrement des actes de prescription médicale auprès des résidents de l'établissement ni l'engagement du médecin coordonnateur de satisfaire aux obligations de formation (qualification de MEDEC) et les modalités de prise en charge financière des frais de formation par l'établissement.	Ecart 4 : le temps de présence du médecin coordonnateur dans l'établissement n'est pas conforme aux exigences de l'article D 312-156 du CASF. Ecart 5 : en l'absence des mentions dans le contrat de travail précisant l'encadrement des actes de prescription médicale auprès des résidents de l'établissement et l'engagement du médecin coordonnateur de satisfaire aux obligations de formation pour exercer les fonctions de MEDEC et les modalités de prise en charge financière des frais de formation par l'établissement, l'EHPAD contrevient à l'article D312-159-1 du CASF.	Prescription 4 : augmenter le temps de présence du médecin coordonnateur à hauteur de 0,80 ETP dans l'établissement, conformément à l'article D312-156 du CASF. Prescription 5 : s'assurer que le médecin coordonnateur dispose d'un contrat de travail prévoyant l'encadrement des actes de prescription médicale auprès des résidents de l'établissement et l'engagement du médecin coordonnateur de satisfaire aux obligations de formation pour exercer les fonctions de MEDEC et les modalités de prise en charge financière des frais de formation par l'établissement, conformément à l'article D312-159-1 du CASF.	Q01-T01-11 AVENANT MEDEC	Nous avons fait un avenant au contrat de travail du MEDEC dans lequel est prévu l'encadrement des actes de prescription médicale auprès des résidents et il s'engage dans une démarche de formation, l'établissement la finance. Le MEDEC ne peut pas augmenter son temps de travail pour le moment étant en cabinet également.	Il est bien noté que le MEDEC ne peut augmenter son temps de travail, celui-ci ayant par ailleurs une activité en libérale. Toutefois, il est rappelé que le temps de présence réglementaire du MEDEC au sein de l'EHPAD est de 0,80 ETP (réglementation en vigueur depuis le 11/07/2024) et qu'au moment du recrutement du MEDEC en 2020 il s'établissait à 0,60 ETP. La différence entre le temps réglementaire et le temps de présence réel du MEDEC est importante (0,40 ETP/2020 et 0,60 ETP/2024). Par ailleurs, la présence du MEDEC sur 2 demi-journées par semaine rend difficile la réalisation de l'ensemble de ses missions de coordination. Le contrat de travail du MEDEC a été complété d'un avenant, daté du 03/09/2024. Ce document indique que le MEDEC est chargé de l'encadrement des actes de prescription médicale auprès des résidents de l'EHPAD et qu'il s'engage dans une démarche de formation sur 2 ans : DIU médecin de la personne âgée puis DIU de coordination gériatrique. Il est aussi mentionné dans le document que l'établissement finance a formation. La prescription 4 est maintenue, dans l'attente de l'augmentation du temps de présence de médecin coordonnateur à hauteur de 0,80 ETP dans l'établissement. La prescription 5 est levée.
1.12 Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? Joindre le ou les justificatifs.	Oui	Il est déclaré que le médecin coordonnateur de l'EHPAD ne dispose pas des qualifications nécessaires pour assurer les fonctions de coordination gériatrique.	Ecart 6 : le médecin coordonnateur n'a pas les qualifications nécessaires pour exercer ses fonctions ce qui contrevient à l'article D312-157 du CASF.	Prescription 6 : s'assurer que le médecin coordonnateur s'engage dans une démarche de formation qualifiante pour assurer ses fonctions de coordination gériatrique, conformément à l'article D312-157 du CASF.	Q01-T01-11 AVENANT MEDEC	Nous avons fait un avenant au contrat de travail du MEDEC dans lequel il s'engage dans une démarche de formation. Son inscription a été faite pour débuté la formation en octobre 2024	L'avenant au contrat de travail du MEDEC du 03/09/2024 précise clairement que le MEDEC va s'engager dans une formation gériatrique diplômante. En complément, il est déclaré que la formation débutera en octobre 2024. Mais, aucun élément probant n'est joint comme la fiche d'inscription par exemple. La prescription 6 est maintenue, dans l'attente que le MEDEC finalise son cursus de formation qualifiante en gériatrie.
1.13 La commission gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle régulièrement ? Joindre les 3 derniers PV.	Oui	L'ensemble des documents remis atteste l'organisation de la commission de coordination gériatrique le 14/11/2023 (convocation à la commission, présentation PowerPoint et la feuille d'émargement). Toutefois, le compte rendu de la réunion n'a pas été remis.	Remarque 5 : l'absence de transmission de compte rendu de la commission de coordination gériatrique du 14/11/2023 ce qui ne permet pas à la mission de vérifier le contenu des échanges.	Recommandation 5 : produire à la suite de chaque commission de coordination gériatrique un procès-verbal.	Q01-T01-13 PV	Veuillez trouver ci-joint le PV de la commission gériatrique signé par le MEDEC	Le compte rendu de la commission de coordination gériatrique tenue le 29/11/2023 a été remis. La recommandation 5 est levée.

1.14 Le rapport d’activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2022 et/ou 2023)	Oui	Le RAMA 2023 remis est très complet, mais n’est pas signé par la Directrice et le MEDEC de l’EHPAD.	Ecart 7 : en l’absence de signature conjointe du RAMA par le MEDEC et par la directrice d’établissement, l’EHPAD contrevient à l’article D312-158 alinéa 10 du CASF.	Prescription 7 : signer conjointement le RAMA par le MEDEC et par la directrice d’établissement, conformément à l’article D312-158 alinéa 10 du CASF.	Q01-T01-14 RAMA	Nous vous avons transmis la version Excel, voici le document PDF signé conformément à l’article D312-158 du CASF	La version du RAMA 2023 remise est bien signée par le MEDEC ainsi que la directrice de l’EHPAD. La prescription 7 est levée.
1.15 L’établissement a-t-il une pratique régulière de signalement aux autorités de contrôle des événements indésirables (EI) et ou événements indésirables graves (EIG)? Joindre les signalements des EI/EIG réalisés en 2023 et 2024.	Oui	Le signalement (volet 1 et 2) d’un événement, daté du 31/07/2023, a été remis. A la lecture du tableau des événements indésirables de 2023 et 2024, il est repéré plusieurs événements indésirables graves recensés, notamment ceux du 10/08/2023 et du 23/05/2024. Pour autant, les signalements correspondants n’ont pas été remis.	Ecart 8 : en l’absence de transmission à la mission des signalement des EIG du 10/08/2023 et du 23/05/2024 aux autorités administratives compétentes, l’EHPAD n’atteste pas assurer de manière complète et continue dans le temps l’information sans délai, de tout dysfonctionnement grave dans sa gestion et son organisation, susceptible d’affecter la prise en charge des usagers, tel que prévu à l’article L331-8-1 CASF.	Prescription 8 : informer, sans délai, les autorités administratives compétentes de tout dysfonctionnement grave dans sa gestion et son organisation, susceptible d’affecter la prise en charge des usagers, conformément à l’article L331-8-1 CASF et transmettre les signalements des EIG du 10/08/2023 et du 23/05/2024.	Q01-T01-16 événements indésirables	Il y a eu une erreur dans la saisie sur le nouveau logiciel ou nous avons ressaisi les EI/EIG passé. Nous avons 1 seul EIG celui du 31/07/2023 les autres sont des EI	Il est pris bonne note de la requalification en EI, d’EIG identifiés à tort, selon la déclaration. La prescription 8 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	Le tableau de bord des EI/EIG de 2023 et de 2024 a été remis. Il présente la thématique de l’évènement, mais ne le décrit pas. Il est mentionné les actions immédiates prises ainsi que les actions correctives, mais pas l’analyse des causes de l’évènement.	Remarque 6 : en l’absence de données détaillées sur les événements indésirables, le registre manque de précisions dans sa rédaction. Remarque 7 : les EI ou EIG ne font pas l’objet d’une analyse des causes ni d’analyse des actions correctives afin d’éviter qu’une même situation ne perdure ou se reproduise.	Recommandation 6 : revoir le tableau de bord des EI/EIG des événements indésirables en détaillant les actions correctives mises en œuvre. Recommandation 7 : réaliser une analyse des causes ainsi qu’une évaluation des actions correctives, permettant d’éviter qu’une situation ne perdure ou ne se reproduise.		Il s’agit d’un tableau de synthèse que nous avons pu extraire de notre nouveau logiciel qualité que nous utilisons maintenant pour la gestion des EI/EIG La qualicienne avec le COPIL qualité réalise une analyse des causes ainsi qu’une évaluation des actions pour chaque EI/EIG	Les éléments de réponse éclairent sur le processus mis en place dans l’établissement pour gérer les EI/EIG : un logiciel qualité répertorie les EI/EIG et ceux-ci font l’objet d’une analyse des causes et d’une évaluation des actions par la qualicienne, en lien avec le COPIL qualité qui est donc en place dans la structure. Les recommandations 6 et 7 sont levées.
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	Le résultat des élections du CVS du 15/03/2024 des représentants des résidents, des familles et des professionnels a été remis, ce qui atteste de leur élection. Toutefois, la liste complète des membres du CVS n’est pas transmise (représentants des résidents, des familles, de l’organisme gestionnaire, représentant de l’équipe médico-soignante, etc.). Par ailleurs, seul un représentant des résidents a été élu, alors que le CVS doit comprendre au moins deux représentants des résidents. Aucun procès-verbal de carence n’a été remis quant à la vacance de ce siège. Enfin, il est relevé que le projet d’établissement désigne la directrice comme Présidente du CVS.	Ecart 9 : en l’absence de remise de la liste complète des membres du CVS, l’établissement n’atteste pas de la conformité de son CVS au sens de l’article D311-5 du CASF. Ecart 10 : en l’absence de transmission du procès-verbal de carence concernant le siège vacant du représentant des résidents, l’établissement n’atteste pas être conforme à l’article D311-7 du CASF. Ecart 11 : en désignant la Directrice de l’établissement, Présidente du CVS, l’établissement contrevient à l’article D311-9 du CASF.	Prescription 9 : transmettre la dernière décision/liste instituant le CVS et précisant l’ensemble de ses membres afin d’attester la conformité de l’EHPAD avec l’article D311-5 du CASF. Prescription 10 : transmettre le procès-verbal de carence du siège de représentant des résidents afin d’être conforme à l’article D311-7 du CASF. Prescription 11 : élire le président du CVS conformément à l’article D311-9 du CASF.	Q01-T01-17 LISTE CVS Q01-T01-17 PV CARENCE	Vous trouverez ci-joint le PV de carence pour les sièges vacants au CVS, ainsi que la liste des membres du CVS Lors du prochain CVS LE 24 SEPTEMBRE 2024 nous élirons le président conformément à l’article D311-9 du CASF, ce que nous avions souhaité mais personne n’a voulu se présenter,	La liste des membres du CVS de l’EHPAD a été transmise ainsi que le procès-verbal de carence pour l’élection des représentants des résidents, dont il ressort qu’un seul résident a été élu. Il est bien noté que l’élection du président a lieu lors du CVS du 24/09/2024. Les prescriptions 9 et 10 sont levées. La prescription 11 est maintenue dans l’attente que le CVS élise son président.
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	Le compte rendu du CVS 16/04/2024 atteste de l’élaboration et de la validation du règlement intérieur du CVS suite à l’élection de ses membres le 15/03/2024.					
1.19 Joindre les 3 PV du CVS de 2022, 2023 et ceux réunis éventuellement en 2024	Oui	8 comptes rendus de CVS ont été remis : 3 en 2022, 3 en 2023 et 2 en 2024. Les comptes rendus sont bien formalisés et font état de points de présentation sur des sujets variés intéressant la prise en charge des résidents et des questions posées par les familles/résidents. Il est relevé que les représentants des familles et des résidents ne sont jamais majoritaires lors des CVS. Cette situation crée un déséquilibre dans la représentation et ne constitue pas des conditions équilibrées d’un échange productif et peut entraver la libre expression des usagers. Enfin, les comptes rendus du CVS ne sont jamais signés par le Président du CVS.	Remarque 8 : le nombre de représentants des personnes accompagnées et des représentants mentionnés aux 1° à 4° II de l’article D. 311-5 présent n’est pas supérieur à la moitié des membres lors de la séance, ce qui ne garantit pas leur libre expression. Ecart 12 : en faisant signer le compte rendu du CVS par la Directrice en plus du Président, l’établissement contrevient à l’article D311-20 du CASF.	Recommandation 8 : veiller à ce que chacune des séances, le nombre de représentants des personnes accompagnées et des représentants mentionnés aux 1° à 4° II de l’article D. 311-5 présent soit supérieur à la moitié des membres lors de la séance, afin de garantir la libre expression de ces derniers. Prescription 12 : faire signer les comptes rendus par le seul Président du CVS, conformément à l’article D311-20 du CASF.		Lors du prochain CVS LE 24 SEPTEMBRE 2024 nous élirons le président conformément à l’article D311-9 du CASF, celui-ci sera seul signataire des prochains comptes rendus	Les engagements de l’établissement sont pris en compte. La recommandation 8 et la prescription 12 sont maintenues dans l’attente de leur mise en œuvre effective.
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	Le rapport définitif de tarification de 2024 du département de la Loire a été remis. Il atteste que l’HEPAD est autorisée pour 12 places en accueil de jour.					
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’accueil de jour de l’EHPAD a accueilli 53 personnes en 2023 et 42 au premier semestre 2024.					
2.3 L’Accueil de Jour et/ou l’Hébergement Temporaire dispose(nt)-il(s) d’un projet de service spécifique ? Joindre le document.	Oui	Le projet de service de l’accueil de jour couvre la période 2024-2029 et est intégré dans le projet d’établissement de l’EHPAD. Ce projet est très complet.					
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.	Oui	Il est déclaré que l’accueil de jour est adossé à l’EHPAD et ne bénéficie pas d’une équipe dédiée. Pour autant, d’après le planning du 05 au 11 février 2024 remis, deux binômes d’aides-soignants interviennent au sein de l’accueil de jour avec un jour d’intervalle entre chaque binôme afin de se répartir les jours d’ouverture du service entre le lundi et le jeudi : Mme et Mme le 5 et 7 février et Mme et Mme le 6 et le 8 février 2024. Les autres intervenants au sein de l’accueil de jour sont le MEDEC, la psychologue, les agents de service généraux, l’IDE, l’animateur et l’ergothérapeute.					
2.5 Quelle est sa composition en indiquant la qualification pour chaque poste occupé? Joindre les diplômes.	Oui	Il est déclaré que 4 aides-soignantes ou AMP sont affectées à l’accueil de jour, mais seuls le diplôme d’AS de Mme et le diplôme d’AES de Mme ont été remis. D’après le planning de la semaine du 5 au 11 février 2024 ces deux soignantes interviennent les mêmes jours sur l’accueil de jour. De fait, l’établissement n’atteste pas que Mme et Mme intervenant sur l’accueil de jour les 5 et 7 février sont titulaires du diplôme d’aide-soignant. Pour rappel, le personnel non diplômé n’est pas habilité à assurer en collaboration avec les infirmières, les missions dévolues aux aides-soignants diplômés ; cela peut impacter la sécurité et la qualité de la prise en charge.	Ecart 13 : l’absence de soignants diplômés intervenant à l’accueil de jour les 5 et 7 février 2024 ne garantissait pas le respect de la sécurité de la prise en charge prévue à l’article L311-3 alinéa 1 du CASF.	Prescription 13 : revoir l’affectation des professionnels soignants diplômés (AS/AMP/AES) au sein de l’accueil de jour afin d’assurer la continuité de la prise en charge et le respect de la sécurité des personnes accueillies tel que prévu à l’article L311-3 alinéa 1 du CASF.	Q01-T02-05 Diplôme AS	Les diplômes étaient bien joint dans le précédent envoi à la suite de celui de Mme Les deux salariés travaillant les 5 et 7 février sont bien diplômées. Mm née et Mme née	Dont acte. La prescription 13 est levée.
2.6 Le règlement de fonctionnement prévoit-il les modalités d’organisation et de fonctionnement de l’Accueil Temporaire (Accueil de Jour et/ou Hébergement Temporaire)? Joindre le document.	Oui	Le règlement de fonctionnement de l’accueil de jour a été remis. Il prévoit l’organisation et le fonctionnement de l’accueil de jour.					