

RAPPORT de CONTROLE le 28/11/2024

EHPAD LES GENS D'ICI à ST ALBAN LES EAUX_42

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

Thématique: CSP 11 / Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : ASSOCIATION "LES GENS D'ICI"

Nombre de places : 72 places dont 64 places HP et 2 places d'Hébergement temporaire - 8 places en AJ (Alzheimer)

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 de l'EHPAD est remis. Le document est partiellement nominatif et non-daté, ce qui ne permet pas de s'assurer que le document est à jour. Toutefois, le document présente les liens hiérarchiques et fonctionnels et rend compte de la structure interne de l'établissement.	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.	Recommendation 1 : S'assurer de la mise à jour régulière de l'organigramme en le datant.	1.1 Organigramme	Mise à jour du document.	L'organigramme remis est daté du 30/10/2024. 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 les postes suivants vacants : - 0,46 ETP psychologue - 2 postes à 0,78 ETP chacun AMP/AES.					
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 dispose du certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale (CAFDES), obtenu en 2013.					
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	L'établissement a remis un document, daté de 2016, qui donne délégation du président du conseil d'administration à la directrice de l'EHPAD pour représenter l'EHPAD Les gens d'ici. La délégation est donnée pour "tout acte de gestion lié à l'établissement", "ouverture compte fournisseur", "gestion de litiges". Ces seuls domaines de délégation ne correspondent pas aux quatre champs réglementaires de délégations prévus par la réglementation.	Ecart 1 : Le DUD de la directrice ne répond pas aux attendus prévus à l'article D312-176-5 du CASF.	Prescription 1 : Elaborer le DUD conforme à l'article D312-176-5 du CASF et le transmettre.		Demande de la Directrice au Président du Conseil d'Administration de retravailler le document, en attente.	Le DUD précisant la nature et l'étendue des compétences et missions de la directrice dans les quatre domaines prévus réglementairement n'est pas encore élaboré. La prescription 1 est maintenue. Produire un DUD conforme à la réglementation.
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	L'établissement déclare que l'astreinte est assurée par la directrice et qu'en cas d'absence, l'IDEC assure l'astreinte. Le planning d'astreinte transmis confirme cette organisation. La directrice assure donc seule la permanence de direction en continu dans le temps, hormis pendant ses congés. Cette situation peut être porteuse de risque pour la directrice en termes d'épuisement professionnel. Enfin, l'établissement déclare que la secrétaire peut être amenée à assurer l'astreinte en cas d'absence des deux premières concernées. Cette organisation fait reposer des responsabilités importantes sur la secrétaire dans des domaines qui ne sont pas de son ressort, ce qui peut la mettre en difficulté. Il convient de revoir cette organisation. Par ailleurs, il est relevé l'absence de procédure organisant le dispositif de l'astreinte en définissant les modalités de recours, les horaires, les personnes responsables, etc...	Remarque 2 : En faisant reposer la continuité de direction exclusivement sur la directrice, la responsabilité de l'astreinte administrative peut être un facteur de risque en matière d'épuisement professionnel pour la directrice. Remarque 3 : En faisant reposer l'astreinte administrative sur la secrétaire d'accueil, cette organisation peut mettre en difficulté cette professionnelle. Remarque 4 : 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.).	Recommendation 2 : Veiller à organiser un dispositif d'astreinte administrative de direction pour ne pas faire reposer la continuité de direction sur la seule directrice. Recommendation 3 : Revoir l'organisation de l'astreinte. Recommendation 4 : Rédiger une procédure relative à l'organisation et au fonctionnement de l'astreinte administrative.	1.5 Procédure d'astreinte	L'organisation fonctionne, elle pourra néanmoins être réétudiée. L'astreinte administrative est organisée 24H/24, 7J/7. Formalisation d'une procédure d'astreinte.	Un document, intitulé "mémento d'astreinte", daté d'octobre 2024, est remis. La procédure d'astreinte a donc été formalisée. Le document confirme le maintien du dispositif en place, qui selon la déclaration est satisfaisant. Il est bien noté que lors des absences de la directrice, l'IDEC prend le relai pour assurer la continuité de direction et éventuellement, si besoin, la secrétaire de l'EHPAD. Les situations nécessitant le recours à la personne de garde sont mentionnées dans le document. Les recommandations 2, 3 et 4 sont levées.
1.6 Un CODIR régulier concernant l'EHPAD contrôlé est-il mis en place ? Joindre les 3 derniers PV	NON	L'établissement a remis un document vierge. En l'absence de transmission des comptes rendus du CODIR, l'établissement n'atteste pas de son organisation. Or, il est important que des réunions institutionnelles, de type CODIR, régulières et formalisées réunissant la direction et les cadres/professionnels clés de l'EHPAD se tiennent afin de leur permettre d'échanger en transversalité et aboutir à une prise de décision de manière concertée sur des sujets concernant l'établissement.	Remarque 5 : L'absence de transmission des trois derniers comptes rendus du CODIR ne permet pas d'attester de l'existence d'un CODIR au sein de l'établissement.	Recommendation 5 : Transmettre les trois derniers comptes rendus de réunion du CODIR afin d'attester de la tenue effective de cette instance.	1.6 COPIL du 12.04.2024	Le compte-rendu du dernier CODIR est en pièce jointe.	Le compte rendu du COPIL du 12/04/2024 a été remis. Divers thèmes sont abordés concernant la GPEC, l'accueil de jour ou encore la bientraitance. La recommandation 5 est levée.
1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	OUI	Le projet d'établissement (PE) de l'EHPAD couvre la période 2022-2027. La lecture du document appelle les remarques suivantes : - Il n'est pas mentionné la date de consultation du CVS, ce qui ne permet pas de s'assurer que le document a été consulté par l'instance. - Le document ne présente pas de volet sur la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance.	Ecart 2 : En l'absence de mention de la date consultation du projet d'établissement par le CVS, l'EHPAD n'atteste pas répondre à l'article L311-8 du CASF. Ecart 3 : Le projet d'établissement ne traite pas de la lutte contre la maltraitance, contrairement à ce qui est prévu à l'article L311-8 du CASF.	Prescription 2 : Présenter le projet d'établissement au CVS afin qu'il soit consulté par l'instance, conformément à l'article L311-8 du CASF. Prescription 3 : Intégrer un volet portant sur la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance dans le projet d'établissement, conformément à l'article L311-8 du CASF.		Le projet d'établissement a été présenté au CVS sortant, nous le présenterons aux membres actuels du CVS le 11 février 2025 (nouveaux membres élus en avril 2024, réunion de passation en juin 2024 et dernier CVS en octobre 2024). Un volet bientraitance existe dans le projet d'établissement actuel. Nous le retrouverons à l'occasion du prochain CPOM par le biais des groupes de travail.	Il est acté que le projet d'établissement a fait l'objet d'une consultation par le CVS précédent et qu'il sera à nouveau soumis au prochain CVS en 2025. L'engagement de l'établissement à développer le point sur la maltraitance/bientraitance est bien noté. Les prescriptions 2 et 3 sont levées.
1.8 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	OUI	Le règlement de fonctionnement a été remis. Le document n'est pas daté, il n'est pas possible de connaître sa périodicité. Il est également relevé que la date de validation du règlement de fonctionnement par le CVS n'est pas indiquée. Il n'est pas possible de savoir si le document a été consulté par l'instance, ni quelle date. A la lecture du document, il est observé qu'il ne présente pas les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement ou le service lorsqu'elles ont été interrompues.	Ecart 4 : En l'absence de mention de sa date d'actualisation dans le règlement de fonctionnement, l'établissement n'atteste pas être conforme à l'article R311-33 du CASF. Ecart 5 : En l'absence de mention dans le règlement de fonctionnement de la date de sa consultation par le CVS, le document n'est pas conforme à l'article R. 311-33 du CASF. Ecart 6 : En l'absence d'élément concernant " les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement ou le service lorsqu'elles ont été interrompues" dans le règlement de fonctionnement, le document contrevenait à l'article R311-35 CASF.	Recommendation 4 : Préciser la date de modification du règlement de fonctionnement dans le document afin d'attester de sa conformité avec l'article R311-33 du CASF. Prescription 5 : Consulter le CVS, concernant toutes mises à jour du règlement de fonctionnement, conformément à l'article L311-7 du CASF. Prescription 6 : Intégrer un point relatif aux "modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement ou le service lorsqu'elles ont été interrompues" dans le règlement de fonctionnement, conformément à l'article R311-35 CASF.	1.8 Règlement fonctionnement 2024	Le règlement de fonctionnement a été daté, il sera présenté au CVS le 11 février 2025. Les modalités de rétablissement des prestations sont précisées dans le document révisé ci-joint. Il est acté que le document sera soumis au CVS de février 2025. La recommandation 4 et les prescriptions 5 et 6 sont levées.	Le règlement de fonctionnement remis est mis à jour en octobre 2024. Un point 1.4 sur les "Modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompues" a été inséré dans le document. Il est acté que le document sera soumis au CVS de février 2025. La recommandation 4 et les prescriptions 5 et 6 sont levées.
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 au contrat de travail à temps partiel à durée indéterminée de l'IDEC est transmis. Cette avenant place l'IDEC sur des fonctions de coordinatrice au sein de l'EHPAD Les gens d'ici, à compter de janvier 2014. A la lecture du document, il est noté que l'IDEC exerce les fonctions d'infirmière une journée par semaine au sein de l'EHPAD.					
1.10 L'IDEC dispose-t-il/elle d'une formation spécifique à l'encadrement ? Joindre le justificatif	OUI	L'IDEC dispose d'un CAFERUIS, obtenu en 2021. Ce qui atteste que l'IDEC dispose d'une formation spécifique à l'encadrement.					
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 de 2019 est transmis. Le contrat prévoit un temps partiel, sur la base de 4 demi-journées par semaine, soit 0,35ETP, au sein de l'EHPAD Les gens d'ici. Le planning du MEDEC transmis confirme ce temps de travail.	Ecart 7 : Le temps de travail du MEDEC est insuffisant au regard de sa capacité, par conséquent, l'EHPAD contrevert à l'article D 312-156 du CASF.	Prescription 7 : Augmenter le temps de médecin coordonnateur à hauteur de 0,6 ETP, au regard de la capacité autorisée et conformément à l'article D 312-156 du CASF.		Cela n'est pas envisageable aujourd'hui. Nous envisageons le recrutement d'un MEDEC lors du départ à la retraite définitif du MEDEC actuel.	La réponse fait état de l'impossibilité pour le MEDEC d'augmenter son temps de travail au sein de l'EHPAD. Il est bien pris en compte l'engagement de l'établissement de recruter un MEDEC lors du départ à la retraite définitif du MEDEC actuel, sachant que, au regard de son âge (71 ans), ce médecin est en droit de faire valoir ses droits à la retraite. La prescription 7 est maintenue, dans l'attente du recrutement pour 0,60 ETP d'un MEDEC.
1.12 Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? Joindre le ou les justificatifs.	OUI	L'établissement déclare que le MEDEC est titulaire de la capacité de gérontologie. Aucun élément probant n'est apporté.	Remarque 6 : En l'absence de transmission de la capacité de gérontologie, le médecin coordonnateur n'atteste pas d'une formation spécifique à la coordination des soins gériatrique.	Recommendation 6 : Transmettre la capacité de gérontologie du médecin coordonnateur.	1.12 Capacité en gérontologie	Document joint	Le document est bien transmis. Le MEDEC est titulaire de la capacité en gérontologie depuis l'an 2000. La recommandation 6 est levée.

1.13 La commission gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle régulièrement ? Joindre les 3 derniers PV.	OUI	L'établissement déclare "qu'il n'y a pas de commission gériatrique", et que cela est dû "principalement au manque de disponibilité des médecins traitants". Il est rappelé que la commission de coordination gériatrique a de l'intérêt pour les professionnels soignants de l'EHPAD et qu'elle favorise l'échange et la réflexion pluridisciplinaire (médecin, soignant, kinésithérapeute, pharmacien, psychomotricien,...), ce qui contribue à améliorer l'accompagnement des résidents. De plus, la tenue de cette commission est obligatoire, au moins une fois par an, avec l'ensemble des professionnels (salarié et/ou libéral) intervenants au sein de l'établissement. Il convient de maintenir les efforts afin de réunir les médecins traitants et autres professionnels libéraux intervenants au sein de l'EHPAD ainsi que l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire.	Ecart 8 : En l'absence de la tenue de la commission de coordination gériatrique, l'EHPAD contrevient à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	Prescription 8 : Mettre en place la commission de coordination gériatrique, une fois par an, conformément à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.		La prochaine commission gériatrique sera organisée au premier semestre 2025.	L'établissement s'engage à organiser la commission de coordination gériatrique dès 2025. Dont acte.
1.14 Le rapport d'activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2022 et/ou 2023)	OUI	Le RAMA 2022 est transmis. Le document est exhaustif. Il est signé conjointement par le MEDEC et la directrice.					La prescription 8 est maintenue, dans l'attente de la tenue effective de la commission de coordination gériatrique en 2025 et les années suivante.
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	L'établissement déclare ne pas avoir une "pratique régulière de signalement des EI aux autorités de contrôle". L'établissement ajoute que "le signalement se fait si l'événement est très important". L'absence de signalement d'EIG sur une période de plus d'un an, dans un EHPAD d'une capacité de 72 places, n'atteste effectivement pas d'une pratique régulière de signalement. Par ailleurs, il est rappelé que le signalement aux autorités de contrôle se fait selon des motifs précis, listés par arrêté du 28/11/2016 relatif à l'obligation de signalement des structures médico-sociales.	Ecart 9 : L'absence de signalement des EIG aux autorités de contrôle en 2022 et 2023 ne garantit pas le respect des obligations prévues à l'article L331-8-1 du CASF.	Prescription 9 : Déclarer aux autorités de contrôle de manière régulière les EIG qui le nécessitent afin de répondre aux exigences de signalement prévues à l'article L331-8-1 du CASF.		Une qualiticienne est présente dans la structure depuis septembre 2024 (0,20 ETP) et va donc améliorer la gestion des EIG ainsi que les actions correctives ou préventives. Une réunion de sensibilisation EIG/ Plaintes à eu lieu.	Il est bien noté qu'une qualiticienne est présente depuis septembre 2024 au sein de l'EHPAD et qu'elle aura notamment pour mission de construire la gestion des EIG. Le compte rendu de la réunion de sensibilisation EIG/plaintes aurait pu valablement être transmis comme élément probant.
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	L'établissement déclare qu'il n'existe pas de procédure formalisée mais que les EI sont répertoriés et traités dans le logiciel de soin. Cependant, il était attendu le tableau de bord global répertoriant les EI/EIG déclarés sur la période 2023-2024, comprenant notamment le récapitulatif des mesures prises après analyse des causes pour chaque événements. Ceci afin de démontrer l'efficacité réelle du dispositif et d'éviter que des EI/EIG ne se reproduisent, tout en justifiant l'existence d'un dispositif de gestion globale des EI/EIG.	Ecart 10 : En l'absence de transmission du tableau de suivi des EI/EIG, 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, ou le bien-être des personnes accueillies pourraient être menacés, ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF.	Prescription 10 : Transmettre le tableau de bord des EI/EIG de 2022 et 2023, afin d'attester de la sécurité des résidents et permettre de vérifier la conformité de l'établissement à l'article L311-3 du CASF.		Une qualiticienne est présente dans la structure depuis septembre 2024 (0,20 ETP) et va donc améliorer la gestion des EIG ainsi que les actions correctives ou préventives. Une réunion de sensibilisation EIG/ Plaintes à eu lieu.	La structuration du dispositif de gestion des EI/EIG n'est pas encore en place. La qualiticienne aura donc pour mission d'y travailler.
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 document intitulé "résultats élections CVS", daté du 2 mai 2024, est remis. Ce document présente les résultats des représentants des résidents, familles, conseil d'administration et des professionnels siégeant au CVS. La composition est conforme aux attendus réglementaires. De plus, à la lecture du compte rendu du CVS du 18 juin 2024, il est noté que l'élection du président de l'instance a été réalisée, comme il convient à la séance suivant les élections.					La prescription 10 est maintenue, dans l'attente de la mise en place du tableau de suivi des EI/EIG de l'établissement, dans le cadre du développement de la démarche qualité.
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	l'établissement déclare que la première réunion du CVS du 18/06/2024 consiste en un "passage relai" suite aux élections de mai 2024 et que le règlement intérieur du CVS sera soumis lors du prochain CVS du 15 octobre 2024.					
1.19 Joindre les 3 PV du CVS de 2022, 2023 et ceux réunis éventuellement en 2024	OUI	Les comptes rendus des 22/02/2022, 26/04/2022, 25/10/2022, 14/02/2023, 27/06/2023, 24/10/2023, 06/02/2024 et du 18/06/2024 ont été remis. Le CVS se tient bien régulièrement trois fois par an. Les comptes rendus témoignent que les sujets évoqués en réunion sont variés et que les échanges sont riches. Il est à noter que les comptes rendus ne sont pas signés par le président du CVS.	Ecart 11 : En l'absence de signature des comptes rendus du CVS par le président du CVS, l'établissement contrevient à l'article D311-20 du CASF.	Prescription 11 : Faire signer les comptes rendus par le Président du CVS conformément à l'article D311-20 du CASF.	1.19_Csv du 15 octobre 2024 1.19_Csv du 15 octobre 2024	Documents joints	Le compte rendu du CVS du 18/06/2024 a été remis. Il est bien signé par le président du CVS, qui est un représentant des résidents.
2- Accueil Temporaire (Accueil de Jour et/ou Hébergement Temporaire)							La prescription 11 est levée.
2.1 Combien de lits en HT et/ou places en AJ sont autorisés au 1er janvier 2023 ? Joindre le justificatif.	OUI	L'arrêté conjoint ARS/CD du 03 janvier 2017 autorise 2 places d'hébergement temporaire et 8 places d'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'établissement déclare un taux d'occupation satisfaisant pour l'hébergement temporaire de 86,03% en 2023 et 83,52% sur le premier semestre 2024. L'établissement déclare une file active de 29 résidents pour l'accueil de jour. Aucun justificatif n'est transmis comme élément probant.	Remarque 7 : En l'absence de justificatif attestant la déclaration du taux d'occupation (TO) des 2 places d'hébergement temporaire et de la file active de l'accueil de jour en 2023/2024, il n'est pas possible d'apprécier l'effectivité de la réalité du taux d'occupation (HT) et de la file active (AJ) déclarés.	Recommendation 7 : Transmettre tout justificatif permettant d'apprécier l'effectivité de la déclaration du taux d'occupation des 2 places d'hébergement temporaire et de la file active des 8 places d'accueil de jour pour 2023 et premier semestre 2024.	2.2 Effectif temporaire 2023 2.2Effectif temporaire 2024 2.2 File active accueil de jour	Documents joints	Des justificatifs sont remis : la file active de l'accueil de jour pour 2023 et 2024 ainsi que le planning sur les 2 années des personnes accueillies en hébergement temporaire.
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	l'établissement déclare qu'il n'existe pas de projet d'établissement spécifique à l'accueil temporaire (hébergement temporaire et accueil de jour).	Ecart 12 : Il n'existe pas de projet spécifique de service pour l'hébergement temporaire (HT et AJ), ce qui contrevient à l'article D312-9 du CASF.	Prescription 12 : Rédiger un projet de service spécifique pour l'hébergement temporaire (HT et AJ), qui s'intégrera dans le projet d'établissement en vertu de l'article D312-9 du CASF.	2.3 Projet de service Hébergement temporaire 2.3 Projet de service accueil de jour actualisation	Documents joints	Les projets de service de l'hébergement temporaire et de l'accueil de jour, datés de 2024, sont remis. Les documents présentent l'organisation et le fonctionnement de manière claire et synthétique de ces 2 modalités spécifiques de prise en charge.
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	L'établissement déclare ne pas disposer d'une équipe dédiée pour l'hébergement temporaire. Concernant l'accueil de jour, le personnel est identifié et composé de 7 professionnels (ASD, AMP, ASG). Le planning prévoit un binôme de deux professionnels affectés à l'accueil de jour par jour sur une amplitude horaire de 8h30 à 17h30.					La prescription 12 est levée.
2.5 Quelle est sa composition en indiquant la qualification pour chaque poste occupé ? Joindre les diplômes.	OUI	Les diplômes de l'équipe ASD, ASG et AMP de l'accueil de jour sont transmis, attestant de leur qualification à assurer les missions relatives à cette offre d'accueil.					
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'hébergement temporaire et de l'accueil de jour sont transmis.					