

RAPPORT de CONTROLE le 05/06/2025

EHPAD SAINT-JUST-SAINT-RAMBERT à SAINT-JUST-SAINT-RAMBERT_42

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

Thématique: CSP 13/ Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : SA ORPEA

Nombre de places : 90 places dont 88 places HP et 2 places en HT

Questions	Fichiers déposés OUI / NON	Analyse	Ecarts / Remarques	Prescriptions/Recommendations 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 de l'EHPAD a été remis. Il présente les liens hiérarchiques entre les professionnels. Il est partiellement nominatif et a été mis à jour le 13/12/2024.					
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 2,40 ETP vacants : - 2 ETP d'aides-soignants remplacés par des CDD, l'annonce de recrutement en CDI a été transmise, - 0,40 ETP de psychologue, l'annonce de recrutement en CDI a été transmise.					
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 de l'EHPAD est titulaire d'un Master en droit, économie, gestion, à finalité professionnelle, mention management des organisations de santé, ce qui atteste de son niveau de qualification.					
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	Le Directeur bénéficiaire d'une délégation de compétences et de missions signée et datée du 29/01/2015. Cette délégation reprend l'ensemble des champs de compétences d'un directeur d'EHPAD, hormis les domaines RH, budgétaire/financier. Cela est justifié par le fait qu'ORPEA (nouvellement EMEIS) "ne reconnaît aux directeurs d'exploitation des établissements ni autonomie, ni délégation en matière de gestion des ressources humaines", et en raison de l'établissement des budgets des établissements par la direction générale après consultation de la direction régionale du groupe.					
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	Selon le document remis, "la conduite à tenir pour la continuité de la fonction de direction", datée du 01/11/2019, le principe de la continuité de la fonction de direction est en place. Il repose sur une permanence de direction assurée par plusieurs directeurs d'EHPAD du territoire qui se relaient sur leurs établissements. De plus, la continuité de direction est aussi assurée en interne au sein de l'EHPAD par les cadres de direction : le Directeur, l'adjointe de direction et l'IDEC. En attestent les plannings du service administratif remis de janvier à décembre 2024. Le document fait aussi référence au planning des astreintes qui est affiché à l'accueil et à l'infirmérie. Ce document n'est pas remis.	Remarque 1 : L'absence de transmission du planning des astreintes (affiché à l'accueil et à l'infirmérie de l'EHPAD) ne permet pas d'identifier les directeurs assurant l'astreinte et les périodes couvertes.	Recommendation 1 : Transmettre le planning des astreintes (affiché à l'accueil et à l'infirmérie de l'EHPAD).	1.5 Plannings astreintes	En 1.5 PLANNING D'ASTREINTE , vous trouverez les plannings des astreintes. En 1.5 Bonnes pratiques et savoir-être de l'astreinte, vous trouverez le guide des bonnes pratiques pour les astreintes. Des sensibilisations ont été réalisées auprès de l'équipe sur la procédure d'astreinte. De plus des formations sur des thématiques spécifiques sont en cours (exemple : l'habilitation électrique pour l'IDEC et l'adjointe).	Le planning du premier semestre 2025 de l'équipe administrative a été transmis. Ce document indique l'existence d'un dispositif d'astreinte au sein de l'EHPAD. Les périodes d'astreinte y sont identifiées par un surlignage qui selon la légende correspond aux périodes d'astreinte assurées par le Directeur, l'IDEC et l'adjointe de direction. Les périodes d'astreintes sont équilibrées entre les professionnels d'astreinte.
	Oui	Aucune procédure présentant les modalités de saisines, la période couverte par l'astreinte et les situations pour lesquelles elle doit être déclenchée à l'estimation des professionnels de l'EHPAD n'a été remise.	Remarque 2 : L'absence de formalisation d'une procédure relative à l'astreinte administrative à l'attention des professionnels de l'EHPAD ne leur permet pas de connaître son fonctionnement et son organisation (cadres responsables, heure de début/fin, modalités de recours au cadre d'astreinte, etc.), ce qui peut les mettre en difficulté, sans consignes claires, en cas de survenue d'une situation grave.	Recommendation 2 : Formaliser une procédure relative à l'astreinte administrative destinée aux professionnels de l'EHPAD.	1.5 Guide bonnes pratiques astreintes		La recommandation 1 est levée. Aucune procédure d'astreinte à destination de l'ensemble des professionnels n'a été remise. Il est déclaré que des sensibilisations sont effectuées auprès des professionnels. A l'appui de cette déclaration, la présentation des bonnes pratiques et savoir-être de l'astreinte a été remise. À sa lecture, il est relevé que ce document est à destination des professionnels affectés à l'astreinte. Il est aussi indiqué que des formations sont en cours, toujours pour les professionnels affectés à l'astreinte, notamment sur des aspects techniques (ex : l'habilitation électrique). L'EHPAD atteste donc bien de la sensibilisation et de l'accompagnement des professionnels affectés à l'astreinte, mais pas que l'ensemble des professionnels dispose d'une procédure d'astreinte leur permettant de connaître son fonctionnement et son organisation (cadres responsables, heure de début/fin, modalités de recours au cadre d'astreinte, etc.).
	Oui						La recommandation 2 est donc maintenue.
1.6 Un CODIR régulier est-il mis en place au sein de l'EHPAD ? joindre les 3 derniers comptes rendus.	Oui	L'établissement a mis en place un staff de direction réuni une fois par semaine, en atteste les comptes rendus remis : 05/11/2024, 20/11/2024 et 03/12/2024.					
1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? joindre le document.	Oui	Le projet d'établissement remis couvre la période 2021-2025. Le document est par ailleurs très complet. Il présente entre autres un projet relatif à l'unité de soins adaptés (unité de vie protégée), un projet éthique et un projet de soins complet comprenant la mise en œuvre des soins palliatifs. Des tableaux présentant les objectifs et le programme d'actions sont présentés pour chaque grande thématique (projet de vie, projet de soins, etc.).					
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	Le projet d'établissement remis présente des éléments se rapportant à la prévention et à la lutte contre la maltraitance. Ainsi, ce dernier précise les actions et orientation en matière de gestion du personnel et de formation. En effet, il mentionne que l'établissement nomme deux référents bientraitance et que des formations externes à la bientraitance pour les nouveaux CDI et pour les CDD de longue durée sont mises en place. Enfin, il mentionne les modalités de signalement des actes de maltraitance, mais de manière incomplète. En effet, il ne mentionne pas l'obligation de l'établissement à signaler cet acte auprès des autorités de tutelle, mais seulement au Procureur de la République. Par ailleurs, le document ne précise pas les modalités de repérage du risque de maltraitance, les modalités de traitement et de contrôle des professionnels. Il ne mentionne pas non plus la rédaction d'un bilan annuel portant sur les situations de maltraitance survenues au sein de l'établissement et les modalités de communications des faits de maltraitance.	Ecart 1 : Le projet d'établissement ne présente pas de manière complète sa démarche interne de prévention et de lutte contre la maltraitance, ce qui contrevient à l'article D311-38-3 du CASF.	Prescription 1 : Incrire dans le prochain projet d'établissement la démarche interne de prévention et de lutte contre la maltraitance comme prévu par l'article D311-38-3 du CASF.		La démarche de mise à jour du nouveau projet d'établissement va débuter en septembre 2025. L'établissement va intégrer cette partie dans le prochain d'établissement. Le Copil de lancement projet d'établissement est programmé le 29 septembre 2025.	Il est pris bonne note de l'engagement de l'EHPAD à intégrer dans son prochain projet d'établissement l'obligation de signaler les actes de maltraitance auprès des autorités de tutelle, et l'intégration des modalités de repérage du risque de maltraitance, les modalités de traitement et de contrôle des professionnels la rédaction d'un bilan annuel portant sur les situations de maltraitance survenues au sein de l'établissement et les modalités de communications des faits de maltraitance.
	Oui						La prescription 1 est maintenue dans l'attente de l'intégration de la démarche de prévention et de lutte contre la maltraitance de manière complète dans le prochain projet d'établissement.
1.9 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? joindre le document.	Oui	Le règlement de fonctionnement remis est très complet et correspond aux attentes réglementaires. Il a été mis à jour le 23/05/2024.					
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 contrat de travail à durée indéterminée du 08/01/2009 d'un infirmier a été remis, ainsi qu'un avenant du 20/12/2019 à son contrat de travail. Ce document précise qu'à compter du 01/09/2019 il exercera les fonctions d'IDEC.					
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	Plusieurs documents ont été remis : les certificats Prap-25 valides jusqu'à 2026, le diplôme d'état d'infirmier, l'attestation d'inscription au répertoire ADELI, l'attestation de formation aux techniques d'hygiène bucco-dentaire d'avril 2014, la carte professionnelle et caducée ordinal de 2024 et l'attestation de formation "mieux s'organiser et gérer son temps" de du 11/03/2022. L'ensemble de ces documents ne permet pas d'attester que l'IDEC a bénéficié d'une formation liée à l'encadrement depuis 2019. Les convocations aux modules 1 à 4 au programme d'innovation managériale pour les acteurs du care et de la transformation (IMPACT) de mai à décembre 2024 ont été remises. Ce programme fait partie de l'offre de formation interne du groupe pour les cadres des EHPAD, en vue d'acquérir une culture managériale commune. Le nom de l'IDEC n'est pas spécifié clairement dans les destinataires.	Remarque 3 : L'établissement n'atteste pas que l'IDEC en poste dispose d'une formation lui permettant d'assurer ses missions d'encadrement sans difficulté.	Recommendation 3 : Soutenir l'IDEC dans un processus de formation pour acquérir des compétences managériales.	1.11 FORMATION IMPACT Diplôme IMPACT IDEC ; 1.11	L'IDEC a été diplômé de la formation IMPACT, permettant d'acquérir des compétences managériales : 1.11	L'attestation de participation de l'IDEC au programme de formation IMPACT a été remise et attesté de l'accompagnement de l'IDEC sur ses missions. La formation "mieux gérer son temps" déjà transmise n'appelle pas de remarques particulières.
	Oui						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 de travail à durée indéterminée du 19/06/2018 du MEDEC a été remis, ainsi que son avenant datant du 01/04/2023. Ce dernier augmente le temps de travail du MEDEC passant de 0,50 ETP à 0,60 ETP. Enfin, à la lecture du contrat de travail du MEDEC, il est relevé que ce dernier ne mentionne pas : - Les modalités d'exercice de ses missions ainsi que les moyens appropriés à leur réalisation ; - L'engagement du médecin coordonnateur de se former afin de satisfaire aux obligations de formation mentionnées à l'article D. 312-157 (qualification de MEDEC) et les modalités de prise en charge financière des frais de formation par l'établissement ; - L'encadrement des actes de prescription médicale auprès des résidents de l'établissement.	Ecart 2 : En l'absence dans le contrat de travail du MEDEC des précisions sur les modalités d'exercice de ses missions, les moyens nécessaires à leur réalisation, l'encadrement des prescriptions médicales pour les résidents, ainsi que son engagement à suivre les formations obligatoires pour exercer les fonctions de MEDEC, en précisant les modalités de prise en charge financière de ces formations par l'établissement, l'EHPAD contrevient à l'article D312-159-1 du CASF.	Prescription 2 : Veiller à ce que le contrat de travail du MEDEC spécifie les modalités de ses missions, les moyens nécessaires à leur réalisation, l'encadrement des prescriptions médicales pour les résidents, ainsi que son engagement à suivre les formations obligatoires pour exercer les fonctions de MEDEC, en précisant les modalités de prise en charge financière de ces formations par l'établissement, conformément à l'article D312-159-1 du CASF.	1.12. FICHE METIER MED CO	La fiche métier signée par le médecin coordonnateur définit les différents éléments : modalités d'exercice de ses missions; la formation et l'encadrement des actes. 1.12 Fiche métier MED CO.	La fiche métier signée par le MEDEC a bien été remise et reprend l'ensemble des missions du MEDEC ainsi que l'encadrement des prescriptions médicales. Ce document mentionne également que "le médecin coordonnateur doit être titulaire du Diplôme d'Etat de docteur en Médecine et s'engage dans les trois ans à être titulaire d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie ou de la capacité en gériatrie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'EHPAD ou, à défaut, d'une attestation de formation continue".
	Oui						La prescription 2 est levée.

1.13 Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? Joindre le ou les justificatifs.	Oui	Le MEDEC en poste ne dispose pas des qualifications requises pour exercer ses missions. Toutefois, il est transmis l'attestation de participation à un programme de développement professionnel et continu de l'organisme . Il n'est pas précisé sur quoi porte cette formation. Une lettre du Dr , certifiant que le Dr . a effectué un stage du 21 au 25 août 2023 et du 2 au 6 octobre 2023 au titre de sa formation de médecin coordonnateur a été remise, mais ne permet pas d'attester que le Dr. P. est allé au bout de sa formation. Enfin, les documents se rapportant aux formations dispensées par l'organisme de formation sont transmis (repérage de la fragilité chez la personne âgée à son domicile avec évaluation de situation de la personne âgée, prévention de la chute dans le maintien à l'autonomie de la personne âgée et dénutrition du sujet âgé), mais ne permettent pas non plus d'attester que le Dr P. intervenant en qualité de MEDEC au sein de l'EHPAD a validé l'ensemble du cursus de formation proposé par .	Ecart 3 : L'établissement n'atteste pas que le médecin présent dans l'établissement dispose des qualifications nécessaires pour exercer les fonctions de médecin coordonnateur prévues à l'article D312-157 du CASF.	Prescription 3 : Transmettre tout document (dont l'attestation de fin de formation) permettant d'attester que le MEDEC a validé la formation qualifiante pour les fonctions de coordination gériatrique proposée par , conformément à l'article D312-157 du CASF.		Le médecin coordonnateur n'a pas finalisé sa formation à ce jour. Il doit présenter son mémoire cette année.	La déclaration de l'EHPAD atteste que le MEDEC ne bénéficie pas de la qualification nécessaire pour l'exercice de ses fonctions. Néanmoins, le MEDEC devrait présenter son mémoire d'ici la fin d'année en lien avec la formation MGForm.
1.14 La commission de coordination gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle annuellement ? Joindre les 3 derniers procès-verbaux.	Oui	Les trois derniers procès-verbaux de la commission de coordination gériatrique ont été remis : 13/12/2022, 09/11/2023 et 14/11/2024. Les documents sont très complets et présentent les échanges et les décisions prises. La commission de coordination gériatrique aborde des sujets relatifs à la prise en soins des résidents et de nombreux professionnels médicaux et paramédicaux participent à la commission, ce qui concourt à leur coordination au sein de l'établissement.					
1.15 Le rapport d'activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2023).	Oui	Le RAMA 2023 a été remis, il est complet, mais n'a pas été signé par le Directeur de l'EHPAD et le MEDEC.	Ecart 4 : En l'absence de signature conjointe du RAMA par le MEDEC et le Directeur d'établissement, l'EHPAD contrevent à l'article D312-158 alinéa 10 du CASF.	Prescription 4 : Signer conjointement le RAMA 2023 et les suivants par le MEDEC et la directrice le Directeur d'établissement, conformément à l'article D312-158 alinéa 10 du CASF.	1.15 RAAM	Vous trouverez le RAMA 2023 signé par le MEDEC et le directeur. 1.15 RAAM	Le RAMA 2023 remis est co-signé par le MEDEC et le Directeur de l'EHPAD.
1.16 L'établissement a-t-il une pratique régulière de signalisation aux autorités de contrôle des événements indésirables graves (EIG) ? Joindre les signalements des EIG transmis aux autorités de contrôle réalisés en 2023 et 2024.	Oui	7 formulaires de transmission de l'information aux autorités administratives ont été remis : 19/06/2023, 08/11/2023, 01/02/2024, 24/03/2024, 25/04/2024, 29/07/2024 et 04/08/2024. Ces formulaires, propres à l'organisme gestionnaire, mentionnent systématiquement le signalement d'EIG aux autorités administratives. L'ensemble de ces documents atteste que l'établissement procède au signalement sans délai de tout dysfonctionnement grave dans son organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers.					
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'événement, 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 transmis les extractions du logiciel de 2023 et de 2024 qui concernent uniquement les EIG remis en réponse à la question 1.16. Le tableau de bord comportant l'ensemble des EI et 2024 n'est pas transmis. L'établissement n'atteste donc pas du suivi des EI survenus au sein de la structure (hors EIG) et de leur traitement/gestion en interne. Par ailleurs, il est relevé que l'extraction logicielle présente la description précise des faits et le plan d'action, mais ne précise pas l'analyse des causes. L'établissement n'atteste pas qu'il procède à l'analyse des causes de l'événement permettant le déploiement des mesures correctives adéquates.	Remarque 4 : En l'absence de transmission du tableau de suivi des EI, l'établissement n'atteste pas de la mise en place d'un dispositif de recueil, d'analyse et de suivi des EI et des EIG.	Recommendation 4 : Transmettre le tableau de suivi des EI et des EIG.	1.17 EI ET EIG 2023 et 2024 SAINT JUST	Vous trouverez le tableau de suivi des EI et EIG de 2023 et 2024. (1.17 EI et EIG 2023 et 2024 SAINT JUST). L'établissement sensibilise régulièrement les équipes à la déclaration des événements indésirables. Le traitement est effectué par la direction. Une analyse des causes est effectuée pour les EI, en équipe, selon la méthode ALARM. Un retour est fait par la suite aux parties prenantes : équipe (en réunion pluridisciplinaire et au CVS). Le plan d'action est intégré directement dans le logiciel PAQ et piloté par le directeur.	Le tableau de bord des EI et de EIG pour les années 2023 et 2024 a été transmis. Ce document comporte notamment la description des faits, leurs conséquences, la date de survenue de l'événement ainsi que l'indication d'une éventuelle saisine de l'autorité de tutelle. Toutefois, ce tableau ne fait pas apparaître l'analyse des causes des événements ni les mesures correctives mises en œuvre. D'après la déclaration de l'EHPAD, seuls les EIG font l'objet d'une analyse causale approfondie. Un plan d'action est également élaboré, mais il n'est pas précisé s'il couvre l'ensemble des EI ou uniquement les EIG. Ce plan est enregistré dans le logiciel PAQ ; cependant, il n'a pas été transmis, ce qui ne permet pas de confirmer sa formalisation et son suivi effectif. Le tableau de bord de EI et des EIG ayant été remis, la recommandation 4 est toutefois levée.
1.18 Transmettre la dernière décision instituant le CVS. Joindre le document.	Oui	L'établissement a remis le résultat des élections du 13/11/2023 des membres du CVS concernant le collège des personnes accompagnées, des professionnels, des familles/proches aidants, et des représentants légaux et/ou mandataires judiciaires des personnes accompagnées. Il ne s'agit pas de la décision d'institution du CVS identifiant chaque membre de chaque collège le composant.	Ecart 5 : En désignant le Directeur de l'établissement comme représentant de l'organisme gestionnaire au CVS, l'établissement contrevent au l'article D311-5 du CASF.	Prescription 5 : Nommer au moins un représentant de l'organisme gestionnaire de façon à ce que le Directeur ne siège qu'avec voix consultative au CVS conformément à l'article D311-5 du CASF.		Dans la mesure où l'adjointe a refusé de représenter l'établissement, la direction réfléchit à une nouvelle composition du CVS afin de répondre aux exigences imposées par la réglementation.	Dont acte. La prescription 5 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	Le règlement intérieur du CVS a été remis. Il a été validé et signé par l'ensemble des membres du CVS le 02/12/2023. En atteste le compte rendu du CVS du 06/12/2023 remis à la question suivante. Le règlement intérieur du CVS est complet et conforme aux attentes réglementaires.					
1.20 Joindre pour 2023 et 2024, l'ensemble des procès-verbaux des réunions du CVS.	Oui	Quatre comptes rendus ont été remis : deux du 06/12/2023, 14/03/2024 et 12/09/2024. L'établissement ne justifie pas de l'organisation de trois CVS par an en 2023. Selon le compte rendu du CVS du 06/12/2023, des réunions de CVS étaient programmées au 06/06/2024 et au 05/12/2024. Les comptes rendus correspondant n'ont pas été remis. L'établissement n'atteste pas de l'organisation de trois CVS en 2024. A la lecture des comptes rendus, il est relevé que le conseil de la vie sociale aborde des sujets relatifs au fonctionnement de l'établissement et à la prise en charge des résidents.	Ecart 6 : En l'absence d'organisation de 3 CVS en 2024, l'EHPAD contrevent à l'article D 311-16 du CASF.	Prescription 6 : Veiller à réunir le CVS au moins 3 fois par an conformément à l'article D 311-16 du CASF.	1.20 CVS 2024	Le CVS s'est réuni 3 fois en 2024 : 14/03/2024, 13/06/2024 et 12/09/2024. (1.20 CVS 2024)	Trois procès-verbaux de CVS ont été remis : 14/03/2024, 13/06/2024 et 12/09/2024. La transmission de ces documents atteste que le CVS s'est réuni trois fois en 2024. La prescription 6 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.	Oui	L'établissement déclare que pour 2023, le taux d'occupation de l'hébergement temporaire est de 100% et de 50% pour le 1er le semestre 2024, mais aucun document à l'appui de sa déclaration n'a été remis.	Ecart 7 : En l'absence de transmission de justificatifs du taux d'occupation de l'hébergement temporaire, l'établissement n'atteste pas du respect de son arrêté d'autorisation ARS n°2023-14-0436.	Prescription 7 : Transmettre tous documents permettant d'attester du respect de l'autorisation ARS n°2023-14-0436 concernant l'occupation de l'hébergement temporaire en 2023 et 2024.	2.1 HT	Les documents qui reprennent le taux d'occupation sont en (2.1 HT) . Pour l'année 2023, le taux est au dessus de 100% car la base prise était 300 et non 365 pour l'ERRD 2023.	Les ERRD de 2023 et de 2024 ont été remis et attestent que l'établissement a connu pour 2023 un taux d'occupation de 97,81% pour ces deux places d'hébergement temporaire et de 101% pour 2024. La prescription 7 est levée.
Si accueil de jour : transmettre la file active pour l'année 2023 et le 1er semestre 2024.							
Joindre les justificatifs.							
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	Le projet d'établissement de l'EHPAD remis comprend un projet de service complet relatif à l'hébergement temporaire.					
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 quotients de travail) et la fiche de poste du référent hébergement temporaire.	Oui	L'établissement déclare qu'il n'a pas d'équipe dédiée à l'hébergement temporaire et que "les résidents dans ce type sont donc pris en charge par les soignants des étages, avec un suivi particulier par l'équipe administrative de la préadmission à la sortie." Il est rappelé que la mise en place d'un référent dédié à l'hébergement temporaire permet une meilleure individualisation de la prise en charge du résident et notamment une meilleure coordination de son parcours.	Remarque 5 : L'absence de personnel référent à l'hébergement temporaire pour superviser la prise en charge des résidents accueillis sur les 2 places d'hébergement temporaire n'atteste pas que leur prise en charge est individualisée et que la coordination de leur parcours est assurée.	Recommendation 5 : Désigner un professionnel référent à l'hébergement temporaire afin d'assurer une meilleure individualisation de la prise en charge du résident et notamment une meilleure coordination de son parcours.		L'établissement est en cours de réflexion sur la personne désignée en tant que référent hébergement temporaire. La désignation sera faite au mois de septembre.	Il est pris acte de l'engagement de l'EHPAD à nommer un référent dédié à l'hébergement temporaire en septembre. La recommandation 5 est maintenue.