

RAPPORT de CONTROLE le 18/12/2023

EHPAD SAINT-JACQUES à SAUGUES\_43

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

Thématique: CSP 5/ Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : EHPAD SAINT-JACQUES

Nombre de places : 96 places : 86 places HP dont 30 en UVP + 5 places en HT + 5 places en AJ Alzheimer et mal. appart.

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 L'établissement dispose-t-il d'un organigramme nominatif détaillant les liens hiérarchiques et fonctionnels ? Joindre le document.	Oui	L'EHPAD est sous direction commune avec le CH de Langeac. L'organigramme de l'établissement a été remis. Il est nominatif et daté du 01/09/2023. L'organigramme identifie de manière très partielle les catégories de métiers présents au sein de l'EHPAD et les équipes en place. Il ne mentionne que les cadres et certains responsables. Cette absence de visibilité des postes liés notamment à l'hébergement et aux soins (AS, IDE, MEDEC, etc.) ne permet pas d'identifier la structuration interne complète de l'établissement, et ne permet pas aux professionnels de se situer au sein de l'EHPAD, de repérer et comprendre leurs rôles dans la structure.	Remarque 1 : l'absence d'indication sur l'organigramme de l'ensemble des postes intervenants au sein de l'EHPAD ne permet pas d'identifier la structuration interne de l'établissement ainsi que les équipes en place.	Recommandation 1 : veiller à compléter l'organigramme en y précisant l'ensemble des postes intervenants au sein de l'EHPAD et le transmettre.	1.1_Organigramme	Organigramme mis à jour suite a vos recommandations	L'organigramme a été actualisé. Il rend compte de l'ensemble des professionnels intervenants au sein de l'EHPAD. Les liens hiérarchiques et fonctionnels sont identifiés.  La recommandation 1 est levée.
1.2 Quels sont les postes vacants : préciser la nature et la qualification du ou des poste(s) ?	Oui	L'établissement déclare 0,80 ETP vacants au 01/09/2023 : - 0,40 ETP de MEDEC, - 0,20 ETP de pharmacien, - 0,20 ETP de psychologue.					
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	L'arrêté de nomination de la Directrice, daté du 25/07/2022, du CNG, a été remis. La Directrice déléguée, directrice d'établissement sanitaire sociale et médico-social (D3S) tout d'abord en position de "stagiaire", a été titularisée dans le corps des D3S dans cet établissement à compter du 15/09/2022. Elle cumule les fonctions de Directrice des CH de Brioude, de Langeac et des EHPAD de Paulaguet et de Saugues.					
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	En raison de l'appartenance de la directrice au corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière, celle-ci exerce donc au titre des responsabilités que lui confère la réglementation (article L315-17 du CASF et article L6143-7 du CSP).	médico-sociaux de la fonction publique hospitalière, celle-ci exerce donc au titre des responsabilités que lui confère la réglementation (article L315-17 du CASF et article L6143-7 du CSP).				
1.5 Une astreinte administrative de direction est-elle organisée et formalisée ? Joindre la procédure et le calendrier du 1er semestre 2023.	Oui	Le calendrier d'astreinte administrative de direction du 1er semestre 2023 et la procédure de la garde de direction ont été remis. L'astreinte est formalisée et organisée de manière continue dans le temps. Elle est commune avec le CH de Pierre Gallice de Langeac. La procédure est exclusivement à destination du personnel d'astreinte. Aucune procédure d'astreinte à l'attention des professionnels de l'EHPAD leur expliquant les modalités de saisine du cadre d'astreinte ne semble exister.	Remarque 2 : l'absence de procédure organisant l'astreinte de direction à destination du personnel de l'EHPAD ne permet pas aux professionnels d'avoir une vision claire des sollicitations à réaliser en cas de difficulté pendant le temps de l'astreinte auprès du cadre d'astreinte.	Recommandation 2 : formaliser une procédure à destination du personnel de l'EHPAD expliquant les modalités de saisine du cadre d'astreinte par les professionnels durant les périodes de l'astreinte de direction.	1.5_Procédure de saisine du cadre d'astreinte par le personnel	Une procédure de saisine du cadre d'astreinte vient d'être rédigée par le qualiticien suite à vos recommandations	La procédure de saisine de l'astreinte est commune à l'EHPAD et au CH de Langeac. Elle définit les modalités de saisine du cadre d'astreinte par les professionnels durant les périodes de l'astreinte de direction et son fonctionnement de manière claire.  La recommandation 2 levée.
1.6 Un CODIR régulier concernant l'EHPAD contrôlé est-il mis en place ? Joindre les 3 derniers PV	Oui	L'établissement a remis 3 comptes rendus de CODIR : 10/05/2023, 04/07/2023 et 04/08/2023. Les sujets abordés en CODIR se rapportent globalement à la gestion et à l'organisation de l'EHPAD ainsi qu'à des questions portant sur la prise en charge des résidents.					
1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	Oui	<p>Le projet d'établissement remis couvre la période 2018-2022. Il est donc arrivé à échéance et devrait faire l'objet d'une actualisation rapidement. La mission note que le nom du fichier transmis indique "projet d'établissement EHPAD Saugues en cours d'actualisation", ce qui suppose que des travaux de réécriture seraient en cours. Mais aucun élément attestant de sa révision en cours n'a été remis.</p> <p>Le document remis présente des éléments généraux sur la démarche retenue pour son élaboration en 2017/2018 et de présentation de l'EHPAD. Puis, il détaille les différents projets (soins, accompagnement, social) de l'établissement. Il n'est pas développé de projet pour l'unité Bruyères (UVP), ce qui peut être préjudiciable quant à la réponse apportée aux besoins spécifiques des résidents de cette unité.</p> <p>En fin de document, se trouvent des fiches actions déclinant les objectifs à 5 ans de l'établissement.</p>	<p>Ecart 1 : en l'absence de transmission d'éléments probants sur l'actualisation en cours du projet d'établissement, l'EHPAD n'atteste pas de mise en conformité avec l'article L311-8 du CASF.</p> <p>Remarque 3: le projet d'établissement de l'EHPAD Saint Jacques ne comporte pas de projet spécifique pour l'UVP, ce qui peut être préjudiciable à la réponse apportée aux besoins des résidents accompagnés dans cette unité.</p>	<p>Prescription 1 : transmettre tout élément prouvant que le projet d'établissement est en cours d'actualisation (rétroplanning, CR des groupes de travail, comité de pilotage, etc.), afin d'attester que l'établissement est en conformité avec l'article L311-8 du CASF.</p> <p>Recommandation 3 : intégrer dans le prochain projet d'établissement le projet spécifique pour l'accompagnement des résidents en unité Alzheimer.</p>	1.7.1_Etat des lieux des fiches actions du projet d'établissement 1.7.2_Compte rendu de la dernière réunion COPIL qualité du 22/01/2024	<p>Un état des lieux des fiches action du projet d'établissement à eu lieu via le comité de pilotage qualité. Une recherche de prestataire pour la réécriture du prochain projet d'établissement est en cours. Le comité de pilotage est composé de la Directrice, de l'adjointe de direction, de la cadre administrative, de la cadre de santé, et d'agents.</p> <p>Dans le prochain projet d'établissement, un projet spécifique pour l'unité Bruyère (unité protégée) sera intégré</p> <p>Le nouveau projet d'établissement sera transmis aux tutelles dès lors qu'il sera terminé.</p>	<p>L'état des lieux remis est une première étape enclenchant la révision du projet d'établissement. Ce document pourra utilement servir de base de travail pour le comité de pilotage et le prestataire retenu pour élaborer le prochain projet d'établissement.</p> <p>Il est pris note de l'engagement de l'établissement à actualiser son projet d'établissement et à y incorporer un projet spécifique à l'unité de vie protégée.</p> <p>La prescription 1 et la recommandation 3 sont levées.</p>
1.8 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	Oui	<p>Le règlement de fonctionnement de l'EHPAD Saint Jacques a été remis. Il est en application depuis le 01/01/2023. Il ne fait pas état de la date de sa consultation par le CVS. Il est globalement complet mais ne précise pas néanmoins les mesures relatives à la sûreté des biens et il ne prévoit pas les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles.</p> <p>Enfin, la présentation faite du CVS au point 1.4 du document est peu développée et ne présente pas l'ensemble des missions du CVS et la mention de "4 représentants des résidents et des familles" rend sa composition imprécise.</p>	<p>Ecart 2 : en absence de la mention de la date de consultation du CVS dans le règlement de fonctionnement, l'EHPAD n'atteste pas qu'il est conforme à l'article L 311-7 du CASF.</p> <p>Ecart 3 : en ne précisant pas les mesures relatives à la sûreté des biens et les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles, le règlement de fonctionnement ne respecte pas l'article R311-35 du CASF.</p> <p>Remarque 4 : avec des informations peu détaillées concernant le CVS (organisation/fonctionnement, missions, composition, etc.), le règlement de fonctionnement est incomplet.</p>	<p>Prescription 2 : inscrire dans le règlement de fonctionnement la date de consultation du document par le CVS et assurer régulièrement la consultation du CVS pour toute mise à jour du règlement de fonctionnement, conformément à l'article L311-7 du CASF.</p> <p>Prescription 3 : actualiser le règlement de fonctionnement en y intégrant les mesures relatives à la sûreté des biens et les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles, conformément à l'article R311-35 du CASF.</p> <p>Recommandation 4 : compléter le règlement de fonctionnement sur le point relatif au CVS.</p>	1.8_Reglement de fonctionnement	Suite à vos recommandations et vos prescriptions, le règlement de fonctionnement à été mis à jour. Les points 1.4 et 1.7.4 ont été modifié et le point 1.10.10 a été ajouté Il sera validé lors du prochain CVS qui aura lieu le 29/04/2024 et lors du prochain Conseil d'Administration du 30/04/2024. Il a d'ores et déjà été transmis aux membres du CVS pour lecture.	Le règlement de fonctionnement actualisé remis correspond aux attendus règlementaires. L'organisation et le fonctionnement du CVS ont été mis à jour et correspondent bien au décret du 25/04/2022. Il est pris note de la validation prochaine du document par le CVS (29/04/2024) et par le conseil d'administration (30/04/2024).  Les prescriptions 2 et 3 ainsi que la recommandation 4 sont levées.

<b>1.9</b> 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'établissement déclare qu'une faisant fonction de cadre de santé est mise à disposition par un autre EHPAD, "Les Pireilles de Paulhaguet", depuis le 01/09/2023. Cette dernière est présente sur l'EHPAD à hauteur de 0,20 ETP sur le mois de septembre et à temps plein à partir du mois d'octobre 2023. La convention de mise à disposition de la FFCDS remise confirme la déclaration de l'EHPAD.					
<b>1.10</b> L'IDEC dispose-t-il/elle d'une formation spécifique à l'encadrement ? Joindre le justificatif	Oui	La FFCDS ne dispose pas de formation spécifique à l'encadrement. L'établissement indique qu'elle travaille en collaboration avec la cadre administrative. Cette collaboration, dont le périmètre n'est pas précisé, est certainement un appui intéressant pour la FFCDS. Néanmoins, celle-ci doit être en capacité d'assurer ses missions en propre de management de proximité, de coordination et de pilotage de l'équipe pluridisciplinaire, qui ne peuvent se partager, notamment avec un personnel administratif. Il convient que la FFCDS bénéficie d'une formation pour lui permettre d'accéder à la professionnalisation de sa fonction.	<b>Remarque 5</b> : la FFCDS en poste ne dispose pas de formation lui permettant d'accéder à la professionnalisation de sa fonction.	<b>Recommandation 5</b> : accompagner la FFCDS dans un processus de formation pour acquérir des compétences managériales.		Mme est en cours d'inscription pour la préparation au concours d'entrée à l'institut de formation des cadres. En cas de réussite au concours, l'EHPAD lui financera l'école des cadres de santé.	Dont acte.  <b>La recommandation 5 est levée.</b>
<b>1.11</b> 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	L'établissement ne dispose plus de MEDEC depuis 2014, soit depuis près de 10 ans. L'établissement déclare qu'une vacance de poste est publiée sur la direction commune entre le CH de Langeac, l'EHPAD de Paulhaguet et de Saugues. Néanmoins, il est rappelé que la présence d'un MEDEC à hauteur de 0,60 ETP est une obligation réglementaire .	<b>Ecart 4</b> : en l'absence de médecin coordonnateur, à 0, 60 ETP, l'établissement contrevient à l'article D312-156 du CASF.	<b>Prescription 4</b> : doter l'établissement d'un médecin coordonnateur à hauteur de 0,60 ETP, comme exigé par l'article D312-156 du CASF.		Un médecin coordonnateur est en cours de recrutement pour une prise de fonction au 2ème trimestre 2024	Il est pris note de la déclaration de l'EHPAD.  <b>La prescription 4 est levée.</b>
<b>1.12</b> Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? Joindre le ou les justificatifs.	Oui	Au vu de la réponse à la question 1.11, l'établissement n'est pas concerné par la question 1.12.					
<b>1.13</b> La commission gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle régulièrement ? Joindre les 3 derniers PV.	Oui	L'établissement déclare qu'en raison de l'absence de MEDEC depuis 2014, il n'y a plus de commission de coordination gériatrique. La mission rappelle que la mise en place de la commission de coordination gériatrique est une obligation réglementaire. De plus, il est envisageable de l'organiser avec le concours de l'équipe soignante et de la direction seules, ce qui contribuerait à l'amélioration de la qualité des soins apportées aux résidents.	<b>Ecart 5</b> : en l'absence de tenue de la commission de coordination gériatrique depuis 2014, l'EHPAD contrevient à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	<b>Prescription 5</b> : organiser annuellement la commission de coordination gériatrique, conformément à l'article D 312-158 alinéa 3 du CASF.		Avec l'arrivée d'un médecin coordonnateur au 2ème trimestre 2024, une commission de coordination gériatrique sera remise en place.	Il est pris note de l'engagement de l'établissement à mettre en place la commission de coordination gériatrique au 2ème trimestre 2024.  <b>La prescription 5 est levée.</b>
<b>1.14</b> Le rapport d'activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2022).	Oui	L'établissement déclare qu'en raison de l'absence de MEDEC, aucun RAMA n'est rédigé. La mission rappelle que la mise en place du RAMA est une obligation réglementaire. En l'absence de MEDEC, il peut être rédigé, même partiellement, avec le concours de la Directrice et de l'équipe soignante de l'EHPAD et retracer notamment et a minima les modalités de la prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents.	<b>Ecart 6</b> : en l'absence de rédaction d'un RAMA depuis 2014, l'établissement contrevient à l'article D312-158 du CASF.	<b>Prescription 6</b> : rédiger et transmettre le RAMA 2022 conformément à l'article D312-158 du CASF.	1.14_RAMA2022/2023	En l'absence de médecin coordonnateur, l'établissement rencontre des difficultés à compléter le RAMA	Le RAMA 2023 a été remis. Il est pris en considération les efforts fournis par l'établissement pour la rédaction du RAMA en l'absence de MEDEC.  <b>La prescription 6 est levée.</b>
<b>1.15</b> L'établissement a-t-il une pratique régulière de signalement aux autorités de contrôle des événements indésirables (EI) et ou évènements indésirables graves (EIG)? Joindre les signalements des EI/EIG des 6 derniers mois.	Oui	L'établissement déclare que "la pratique de signalement des EIG aux autorités n'est pas d'usage". La mission rappelle que le signalement aux autorités de contrôle de tout dysfonctionnement grave dans sa gestion et son organisation, susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, est obligatoire. La mise en place d'une procédure afin de déclarer les EIG aux autorités est nécessaire afin d'assurer la sécurité des résidents.	<b>Ecart 7</b> : en l'absence de signalements sans délai de tout dysfonctionnement grave dans son organisation susceptible d'affecter la prise en charge des résidents, l'EHPAD ne garantit pas leur sécurité et contrevient aux articles L311-3 et L331-8-1 CASF.	<b>Prescription 7</b> : signaler sans délai, aux autorités compétentes, tout dysfonctionnement susceptible d'altérer la prise en charge des résidents, afin d'assurer leur sécurité conformément aux articles L311-3 et L331-8-1 CASF.	1.15_Procédure de signalement des EI aux autorités	Suite à votre prescription, une procédure de signalement des EI a été rédigé. Elle a déjà été appliqué avec la déclaration d'une épidémie de GEA	Il est bien compris que l'établissement applique désormais une procédure de signalement des EIG aux autorités de tutelle. Le document précise que l'ARS doit être contactée par le biais d'un numéro de téléphone (ARS Auvergne-Rhône-Alpes (plateforme d'urgence sanitaire)) pour tout événements pouvant menacer la santé ou compromettre la sécurité des personnes accueillies au sein de la structure. Il conviendra néanmoins de compléter le protocole de l'adresse e-mail de l'ARS (ars69-alerte@ars.sante.fr) afin de transmettre les déclaration des signalements.  De plus, il est relevé que la procédure de signalement des EI ne mentionne pas le Conseil Départemental qui est pourtant l'autre autorité de tutelle devant également être informée des dysfonctionnements internes.  <b>La prescription 7 est levée.</b>
<b>1.16</b> 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 pour l'année 2022.	Oui	La liste des événements indésirables de 2022 a été remise. L'établissement enregistre les EI/EIG sur un fichier Excel en attendant le déploiement du logiciel sur l'établissement.					
<b>1.17</b> 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	La décision instituant le CVS n'a pas été établie. L'établissement déclare que les élections du CVS ont eu lieu le 02/05/2023 et qu'il n'a pas procédé à l'élection de son président lors de la réunion du CVS suivant l'élection, le 26/06/2023.  La mission s'étonne que les comptes rendus du 04/05/2023 et du 26/06/2023, qui font suite à l'élection du 02/05/2023 du CVS, ne fassent aucune mention des élections des membres du CVS.  En l'absence de transmission de la dernière décision instituant le CVS, l'établissement n'atteste pas avoir procédé à son élection ni que sa composition est conforme à la réglementation.	<b>Ecart 8</b> : en l'absence de transmission de la décision instituant le CVS, l'établissement n'atteste pas que sa composition est conforme à l'article D311-5 du CASF.	<b>Prescription 8</b> : transmettre la décision instituant l'ensemble des membres du CVS afin de vérifier sa conformité à l'article D311-5 du CASF.	1.17_Délibération composition du CVS		L'extrait du registre des délibérations du Conseil d'Administration de l'EHPAD Saint Jacques du 29/06/2023 instituant le CVS a été remis. Il atteste de la conformité de la composition du CVS : deux représentants des personnes accueillies, une représentante du personnels, une représentante de l'organisme gestionnaire, deux représentants des familles et une représentante de l'équipe médico-soignante.  <b>La prescription 8 est levée.</b>
<b>1.18</b> 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 CVS n'a pas procédé à l'approbation de son règlement intérieur lors de sa séance d'installation, suite aux élections. L'établissement déclare que son approbation est prévue lors de la séance du 12/10/2023.  A la lecture du projet de règlement intérieur du CVS remis, il est relevé que la composition du CVS (article 3) et les conditions de délibération (article 5) ne correspondent pas aux dispositions réglementaires.	<b>Ecart 9</b> : en l'absence de mise à jour du règlement intérieur du CVS suite aux dernières élections, l'EHPAD contrevient à l'article D311-19 du CASF.  <b>Ecart 10</b> : les articles 3 et 5 du projet de règlement intérieur du CVS contreviennent aux articles D311-5 et D311-17 du CASF.	<b>Prescription 9</b> : transmettre le compte rendu du CVS du 12/10/2023, intégrant l'approbation du règlement intérieur du CVS, conformément à l'article D311-19 du CASF.  <b>Prescription 10</b> : modifier les articles 3 et 5 du projet de règlement intérieur dans le respect des articles D311-5 et D311-17 du CASF.	1.18_Reglement intérieur du CVS	Le CVS du 12/10/2023 a été annulé et reporté au 8/12/2023. Au vu du contenu de la convocation, il a été décidé de reporter la présentation et la validation du règlement intérieur au prochain CVS  Au vu de vos prescriptions, les articles 3 et 5 ont été modifié. Le projet de règlement a été transmis aux membres du CVS pour lecture avant approbation	Le règlement intérieur du CVS a été modifié et respecte les attendus règlementaires. Sa validation a eu lieu le 08/12/2023.  <b>Les prescriptions 9 et 10 sont levées.</b>

1.19 Joindre les 3 PV du CVS de 2022 et les derniers de 2023	Oui	Cinq comptes rendus de CVS ont été remis : 08/02/2022, 07/06/2022, 28/11/2022, 04/05/2023, 26/06/2023. Les sujets abordés sont variés et les comptes rendus font état d'échanges très riches.					
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	L'arrêté d'autorisation du 26/12/2016 et l'arrêté de renouvellement du 03/01/2017 remis, autorisent 96 places : - 86 places HP dont 30 Alzheimer et mal. appar. - 5 places en HT - 5 places en AJ Alzheimer et mal. appar.					
2.2 Combien de lits en HT et/ou places en AJ sont occupés au 1er janvier 2023 ? Joindre le justificatif.	Oui	Selon la liste des usagers de l'accueil de jour (AJ) présents la première semaine de janvier 2023, 60% des places de l'accueil de jour étaient occupées en moyenne sur la semaine, en raison d'une fréquentation de l'AJ inégale selon les jours : seules deux places sont occupées le lundi, le mercredi et le vendredi, entraînant une situation de sous-occupation par rapport à sa capacité autorisée en accueil de jour, ces jours-là. aucune explication n'est donnée sur cette sous-fréquentation.  L'établissement a remis 3 factures attestant que trois résidents occupaient 3 des 5 places de l'hébergement temporaire de l'établissement en janvier 2023.	Remarque 6 : La sous-fréquentation de l'AJ constatée la 1ère semaine de janvier 2023 (seulement 2 places sur 5 occupées 3 jours/semaine), sans explication, n'atteste pas que l'accueil de jour est bien ouvert en continu pour la totalité de ses places autorisées.	Recommandation 6 : pourvoir les 5 places disponibles en accueil de jour, en continu dans le temps.	2.2_planning accueil de jour	S'agissant de l'accueil de jour, le planning hebdomadaire des usagers s'est étoffé depuis janvier 2023. En effet, quatre usagers sont présents les lundis, mardis, mercredis et cinq usagers bénéficient de l'accueil de jour les jeudis et vendredis.	Dont acte.  La recommandation 6 est levée.
2.3 L'Accueil de Jour et/ou l'Hébergement Temporaire dispose(nt)-t-il(s) d'un projet de service spécifique ? Joindre le document.	Oui	L'établissement a remis le projet de service de l'accueil de jour. Il est noté que ce dernier n'est pas intégré dans le projet d'établissement.  L'établissement n'a pas remis de projet de service de l'hébergement temporaire. L'absence de projet de service pour ce type d'accueil peut fragiliser la prise en charge des résidents accueillis en HT avec un risque de réponse inadaptée aux besoins spécifiques des personnes accueillies en hébergement temporaire.	Ecart 11 : il n'existe pas de projet spécifique de service pour l'hébergement temporaire, ce qui contrevient à l'article D312-9 du CASF.	Prescription 11 : rédiger un projet de service spécifique pour l'hébergement temporaire, qui s'intégrera dans le projet d'établissement en vertu de l'article D312-9 du CASF.	2.3_Annexe 1 Contrat de séjour	Les lits d'hébergement temporaire sont répartis dans chaque unité de l'EHPAD. Il n'y a pas d'unité dédiée à l'hébergement temporaire. Une annexe au contrat de séjour est complétée pour les hébergements temporaires afin de préparer la sortie du dispositif. Les résidents en hébergement temporaire participe à la vie de l'établissement (animation, sorties..) au même titre que les résidents de l'hébergement permanent. Ils bénéficient de la même prise en charge.	L'établissement déclare avoir fait le choix d'apporter le même accompagnement aux résidents de l'hébergement temporaire qu'à ceux de l'hébergement permanent. Pour autant, il est rappelé que l'hébergement temporaire répond à des objectifs précis. Cette modalité particulière de prise en charge ne peut se limiter qu'à la préparation à la sortie. Le projet de service de l'hébergement temporaire doit être élaboré, décrire l'accompagnement des personnes accueillies en HT de manière complète, de l'admission jusqu'à la sortie et présenter de manière exhaustive : les objectifs opérationnels de l'HT, les modalités d'admission, de séjour, d'organisation de la sortie et du retour à domicile, le projet d'accompagnement personnalisé, le programme d'actions de soutien des aidants, la prévention et l'éducation à la santé, l'organisation interne au sein de la structure, l'équipe et son dimensionnement, l'inscription dans les dispositifs de coordination gérontologique et dans le réseau des partenaires locaux (sociaux, médico-sociaux et sanitaires).  La prescription 11 est maintenue. dans l'attente de l'élaboration d'un projet de service détaillé qui prévoit ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Transmettre le document une fois élaboré.
2.4 L'Accueil de Jour ou/et l'Hébergement Temporaire dispose(nt)-t-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'accueil de jour bénéficie d'une équipe dédiée : - La cadre administrative, - 2 ASG, - 1 Ergothérapeute coordinatrice mise à disposition par le CH de Langeac à 0.1 ETP en lien avec l'ESA du CH de Langeac, - 1 agent dédié au transport aller / retour des usagers 0.20 ETP. A la lecture du planning, la mission relève que les deux ASG ne sont pas présentes simultanément à l'accueil de jour, mais en roulement.  Aucune information n'est transmise quant à la disposition ou non d'une équipe dédiée à l'hébergement temporaire.	Remarque 7 : en l'absence de réponse sur la mise en place de personnels dédiés pour prendre en charge les résidents accueillis sur les 5 places d'hébergement temporaire, l'établissement n'atteste pas que l'organisation de la prise en charge de l'HT est organisée et adaptée aux besoins des résidents.	Recommandation 7 : apporter des éléments de réponse afin d'attester que l'établissement organise et a formalisé la prise en charge du public accueilli sur les 5 places d'hébergement temporaire, avec du personnel dédié.			L'établissement n'a pas apporté de réponse à la question 2.4.  La recommandation 7 est maintenue.
2.5 Quelle est sa composition en indiquant la qualification pour chaque poste occupé ? Joindre les diplômes.	Oui	L'établissement a remis les diplômes des ASG intervenant en AJ, le diplôme de l'ergothérapeute et le diplôme de la psychologue.					
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. Aucun règlement de fonctionnement pour l'hébergement temporaire n'a été transmis.	Ecart 12 : en l'absence de définition des modalités d'organisation de l'hébergement temporaire, intégré dans le règlement de fonctionnement, l'établissement contrevient aux articles L311-7 et D312-9 du CASF.	Prescription 12 : définir les modalités d'organisation de l'hébergement temporaire et l'intégrer dans le règlement de fonctionnement en vertu des articles L311-7 et D311-9 du CASF.			L'établissement n'a pas modifié son règlement de fonctionnement pour identifier le fonctionnement et l'organisation de l'hébergement temporaire.  Par conséquent, la prescription 12 est maintenue.