

RAPPORT de CONTROLE le 16/07/2024

EHPAD LES TILLEULS à AUREC SUR LOIRE _43

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

Thématique: CSP 8/ Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : MAISON DE RETRAITE - EHPAD public autonome

Nombre de places : 80 places : 78 places HP dont 13 UVP + 2 places en HT

Questions	Fichiers déposés OUI / NON	Analyse	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 remis présente les liens hiérarchiques entre les personnels de l'EHPAD. Il est partiellement nominatif, mais n'est pas daté. Le positionnement du professeur d'APA sur l'organigramme, entre la cadre de santé et les IDE, interroge dans la mesure où celui-ci n'a pas vocation à encadrer l'équipe soignante. Il est, à juste titre, rattaché hiérarchiquement à la cadre de santé mais, il n'a pas été positionné en responsabilité hiérarchique de l'équipe soignante. En effet, au regard de ses missions, l'enseignant en APA prend sa place dans le projet d'accompagnement personnalisé, pour le développement et le maintien de l'autonomie, dans le cadre de la prise en charge globale des résidents, en coordination avec l'équipe soignante.	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. Remarque 2 : le positionnement du professeur d'APA sur l'organigramme ne correspond pas à ses responsabilités au sein de la structure, ce qui constitue un facteur de confusion.	Recommendation 1 : s'assurer de la mise à jour régulière de l'organigramme en le datant. Recommendation 2 : rendre cohérent le positionnement du professeur d'APA sur l'organigramme avec ses responsabilités au sein de l'EHPAD.	Organigramme.pdf		L'organigramme remis a été mis à jour le 03/06/2024. La recommandation 1 est levée. En revanche, il positionne toujours le professeur d'activités physiques adaptées (professeur APA). Or, celui-ci n'a pas vocation à être positionné en responsabilité hiérarchique de l'équipe soignante. La recommandation 2 est maintenue dans l'attente de la modification de l'organigramme positionnant le professeur APA en cohérence avec ses missions et son positionnement au regard de l'équipe soignante. Transmettre l'organigramme modifié.
1.2 Quels sont les postes vacants : préciser la nature et la qualification du ou des poste(s) ?	Oui	L'établissement déclare un poste de cadre de santé vacant. Ce dernier sera pourvu à 0,40 ETP au 1er mars 2024 par voie de mutation. La convention de mise à disposition de la cadre de santé avant sa mutation, datée de janvier 2024, est remise comme élément probant.					
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 d'affectation, daté du 07/10/2020, de M ..., directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social, en qualité de directeur des EHPAD d'Aurec-sur-Loire, de Bas-en-Basset et de Saint-Pal-De-Chalençon a été remis. Il atteste bien de son niveau de qualification.					
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	Le directeur fait partie du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière. Il exerce donc au titre des responsabilités que lui confère la réglementation, au titre de l'article L315-17 du CASF et de l'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 2024.	Oui	Une astreinte commune est organisée entre l'EHPAD et 5 autres EHPAD. Une convention de coopération inter-établissement a été établie pour sa mise en place. Elle est datée du 11/02/2010, et signée par les professionnels assurant l'astreinte : cinq directeurs, un attaché administratif et trois cadres de santé. Le planning de l'astreinte du 02/01/2024 au 08/04/2024 a été remis. Les périodes couvertes par l'astreinte sont en semaine de 8h à 17h et les week-ends/jours fériés de 17h à 8h. Le document intitulé "PROCEDURE ASTREINTES ADMINISTRATIVES DE DIRECTION" remis s'apparente à une note adressée aux professionnels de l'EHPAD en direction commune, plutôt qu'à une procédure d'astreinte. Le document n'est pas daté, sans en-tête, ni signature de la direction. Il invite les professionnels à saisir le cadre d'astreinte, mais sans expliquer les motifs de saisine ("les raisons sont multiples"), ni présenter les modalités à accomplir pour saisir le cadre d'astreinte. Sans ces précisions, l'astreinte peut être mal sollicitée, pouvant mettre en danger la sécurité des professionnels et des résidents. La formalisation d'une procédure retranchant les actions à réaliser durant l'astreinte de direction à destination du personnel de l'EHPAD permettra utilement d'éviter ces difficultés. Il est noté que dans le cadre du contrôle sur pièces de l'EHPAD Les Sources, ce même constat avait été porté entrainant la formulation de la même recommandation. Il est dommage que la procédure astreinte administrative, datée du 13/03/2024, remise dans le cadre du suivi du contrôle de l'EHPAD Les Sources n'ait pas été transmise pour le présent contrôle sur pièces. Il est toutefois relevé que cette procédure n'est pas complète (les points 4.2.5 à 4.2.7 sont manquants).	Remarque 3 : l'absence de procédure organisant l'astreinte de direction à destination du personnel ne permet pas au personnel d'avoir une vision claire des sollicitations à réaliser en cas de difficulté.	Recommendation 3 : formaliser une procédure retranchant les actions à réaliser durant l'astreinte de direction qui soit à destination du personnel de l'EHPAD.	1,5 Bis protocole	Voir le protocole d'astreinte de direction	Le protocole "appel astreinte de direction" est très succinct et s'apparente davantage à une note de la direction adressée aux professionnels. En effet, il ne présente pas les périodes couvertes par l'astreinte, les cadres sur lesquels elle repose. Les situations de saisine de l'astreinte sont peu développées. Il est mentionné que l'astreinte est mise en place "en cas de soucis majeurs (incendie, fugue, ...) et d'absence de responsable de direction". La recommandation 3 est maintenue dans l'attente de la formalisation d'une procédure définissant le fonctionnement et l'organisation (cadres responsables, heure de début et de fin, modalités de recours, etc.) du dispositif d'astreinte. Transmettre la procédure complétée.
1.6 Un CODIR régulier concernant l'EHPAD contrôlé est-il mis en place ? Joindre les 3 derniers PV	Oui	Il est déclaré qu'il existe des temps de rencontres hebdomadaires au sein de l'EHPAD en présence du directeur, du médicen coordonnateur, de l'adjointe de direction et de la cadre de santé et des temps de rencontres mensuelles avec l'ensemble des 3 établissements en direction commune, en présence des 3 cadres de santé, des 3 adjoints de direction et du directeur. Il est précisé que le CODIR de l'EHPAD donne lieu systématiquement à un compte rendu et que les rencontres mensuelles inter-établissements de la direction commune ne sont pas formalisées. Trois documents "Réunion CODIR" de l'EHPAD de janvier et février 2024 sont remis. Leur contenu se limite aux points abordés en séance, sans aucun développement sur les échanges et les décisions prises en réunion.	Remarque 4 : l'absence de formalisation des échanges tenus en CODIR de l'EHPAD et des décisions prises ne permet la mise en place d'un management formalisé.	Recommendation 4 : produire à la suite de chaque CODIR un compte rendu comportant les échanges tenus entre professionnels et les décisions qui ont été actées.	1,6 Bis et question 1,6 Bis	Un compte rendu détaillé sera dorénavant fait après chaque CODIR, notifiant les échanges tenus mais également les décisions actées.	Il est déclaré qu'un compte rendu de CODIR détaillé sera mis en place à l'issue de chaque réunion. La trame du compte rendu de CODIR a été remise. Le document est formé de trois colonnes : "points à l'ordre du jour", "discussion", et "décision". Pour autant, compte tenu que les CODIR sont mensuels et qu'un délai de 6 mois s'est écoulé depuis la réception par l'établissement de la décision provisoire (27/10/2023), des exemples de comptes rendus du CODIR réuni depuis la fin d'année 2023 auraient pu être transmis. La recommandation 4 est maintenue dans l'attente de la transmission des comptes rendus des CODIR de 2024.
1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	Oui	Le projet d'établissement 2024-2029 a été remis. Il est déclaré qu'il a été validé par le conseil d'administration et sera présenté au CVS et au CSE le 14/03/2024. Il présente un projet de soins complet et il indique "qu'un projet relatif à l'UVP devra être construit". Le document développe peu les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'EHPAD mais met l'accent sur les objectifs et orientations à mettre en place dans différents domaines sur la période qu'il couvre. Toutefois, les modalités de déclinaison des orientations ne sont pas présentées, ni les indicateurs de réussite associés. A ce sujet, l'établissement peut valablement s'appuyer sur la recommandation des bonnes pratiques de la HAS/ANESM "Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement". Celle-ci recommande de préciser les objectifs à mettre en œuvre sous la forme de fiches-actions, elles-mêmes rassemblées dans un plan d'actions, afin de donner des indications quant au mode de suivi du projet d'établissement. Les fiches-actions indiquent à minima les échéances, les acteurs concernés et les modes de suivi et d'évaluation prévus.	Remarque 5 : en l'absence de déclinaison des objectifs du projet d'établissement en des fiches action, l'établissement se prive d'une feuille de route pour concrétiser, suivre et visualiser la conduite du changement à mener sur les 5 ans du projet d'établissement.	Recommendation 5 : formaliser, en annexe du projet d'établissement, un plan d'actions regroupant les objectifs du projet d'établissement déclinés en actions de mise en œuvre (objectifs, actions, pilotes des actions, échéances, indicateurs de réussite, etc.).	question 1,7 Bis	L'annexe au projet d'établissement et le plan d'action seront réalisés avec attention à la suite de la visite d'évaluation qui a eu lieu les 16 et 17 mai 2024 et de la préparation du CPOM qui aura lieu en octobre 2024. Ainsi il sera apporté de la cohérence entre un état des lieux (visite d'évaluation HAS), les moyens alloués pour le CPOM et le plan d'action qui pourra en découler.	Il est pris note de la déclaration de l'EHPAD. Ce dernier réévaluera les objectifs et les actions à mettre en œuvre de son projet d'établissement suite à la visite d'évaluation en mai 2024 et la préparation du CPOM en octobre 2024. La recommandation 5 est maintenue dans l'attente de la transmission de l'annexe au projet d'établissement posant les actions à mener.
1.8 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	Oui	Il est déclaré que le règlement de fonctionnement de l'établissement remis est "l'ancien modèle". Il est dommage que la mission n'ait pas été destinataire du projet du nouveau règlement de fonctionnement, l'analyse en aurait été plus pertinente. Le document remis, qui n'est pas daté, appelle les remarques suivantes : - il ne présente pas sa date d'actualisation ni de consultation au CVS, - il ne mentionne pas l'organisation et l'affectation à usage collectif des locaux et bâtiments, les conditions générales de leur accès et de leur utilisation, - il ne précise pas les mesures relatives à la sûreté des personnes, - il ne prévoit pas les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles.	Remarque 6 : en l'absence de précision dans le règlement de fonctionnement de sa date d'actualisation et de la date de sa consultation par le CVS, l'établissement n'atteste pas qu'il est régulièrement mis à jour.	Recommendation 6 : inscrire la date d'actualisation du règlement de fonctionnement dans le document lui-même ainsi que la date de sa consultation par le CVS afin d'attester de son actualisation.	question 1,8 Bis et Rgt de	Ci-joint Le nouveau règlement de fonctionnement	Le règlement de fonctionnement de l'EHPAD a été transmis. Il a été mis à jour le 12/04/2024 et approuvé au CVS. Il présente les éléments réglementaires obligatoires. La recommandation 6 et la prescription 1 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	Au jour de la réponse au contrôle sur pièces, l'établissement ne dispose pas d'IDEC. Un cadre de santé est attendu au 1er mars 2024, par voie de mutation à 0,40 ETP. La convention de mise à disposition a été remise en question 1.2.					
1.10 L'IDEC dispose-t-il/elle d'une formation spécifique à l'encadrement ? Joindre le justificatif	Oui	Pour toute réponse l'établissement déclare : "non concerné". Pour autant, la mutation au 1er mars 2024 de la cadre de santé au sein EHPAD étant actée, son diplôme aurait pu être transmis. Celui-ci ayant été préalablement remis dans le cadre du contrôle sur pièces de l'EHPAD Marc Rocher, celui-ci n'est donc pas à transmettre.					

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 déterminée du MEDEC a été remis. Il prévoit qu'il exerce ses missions du 01/01/2024 au 31/12/2024, à hauteur de 0,20 ETP, soit 7 heures par semaine. Le planning du mois de février remis atteste de son temps de travail. Au regard de la capacité de l'établissement de 80 places, le temps de travail du MEDEC devrait être de 0,60 ETP.	Ecart 2 : le temps de présence du médecin coordonnateur dans l'établissement n'est pas conforme aux exigences de l'article D 312-156 du CASF. Par ailleurs, il est relevé que le contrat de travail du MEDEC ne mentionne pas son engagement à se former aux fonctions de MEDEC (formation diplômante) ainsi que les modalités de prise en charge financière des frais de formation par l'établissement.	Prescription 2 : augmenter le temps de médecin coordonnateur à hauteur de 0,60 ETP, au regard de la capacité autorisée et conformément à l'article D312-156 du CASF. Ecart 3 : l'absence dans le contrat de travail de la prise d'engagement du MEDEC à satisfaire aux obligations de qualifications relatives aux fonctions de médecin coordonnateur et des modalités de prise en charge financière des frais de formation par l'établissement, celles-ci contreviennent à l'article D312-159-1 du CASF.	question1,11bis	Un médecin coordonnateur est présent dans l'établissement depuis le 01/08/2014. Ses disponibilités professionnelles ne lui permettent pas de consacrer plus de temps à l'établissement, ainsi devant le risque lié à ne plus avoir un médecin coordonnateur ne respectant la réglementation et le bénéfice d'avoir un médecin en dessous du temps de travail préconisé l'établissement fait le choix d'assurer la garantie de la présence d'un médecin coordonnateur. Le contrat de travail sera réécrit avec un annexe précisant la réglementation à suivre sur l'obligation de qualification et les modalités de prise en charge financière.	Il est bien pris note de l'impossibilité pour le MEDEC d'augmenter son temps de travail au regard de ses contraintes professionnelles. Pour autant, son temps de présence est faible et éloigné des 0,60 ETP réglementaires et la prescription 2 est maintenue en référence à la réglementation existante. Il est bien pris en compte la déclaration de l'établissement concernant son intention de revoir le contrat de travail du MEDEC par l'ajout d'une annexe prévoyant l'obligation de qualification du MEDEC et les modalités de prise en charge financière. Dans l'attente de transmission de l'annexe au contrat de travail du MEDEC, la prescription 3 est maintenue.
1.12 Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? Joindre le ou les justificatifs.	Oui	L'établissement indique que le MEDEC intervenant au sein de l'établissement ne dispose pas des qualifications nécessaires	Ecart 4 : le médecin présent dans l'établissement n'a pas les qualifications nécessaires pour exercer ses missions de médecin coordonnateur, ce qui peut nuire à la bonne coordination des soins et contrevient à l'article D312-157 du CASF.	Prescription 4 : s'assurer que le médecin coordonnateur s'engage dans une démarche de formation qualifiante pour assurer les fonctions de coordination gériatrique, conformément à l'article D312-157 du CASF.	1,12 bis et question 1,12 Bis		Il est déclaré que le médecin s'engage à envisager la formation de MEDEC. Un courrier du MEDEC adressé au Directeur de la Délégation ARS a été remise dans lequel il déclare se renseigner sur les modalités pratiques et financières de cette formation. Pour rappel, il convient que l'établissement l'accompagne dans cette démarche. La prescription 4 est maintenue. Transmettre tout document attestant de l'inscription du MEDEC dans un parcours qualifiant en vue d'obtenir un diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie ou un diplôme d'études spécialisées de gériatrie ou la capacité de gérontologie ou un diplôme d'université de MEDEC d'EHPAD ou, à défaut, une attestation de formation continue en gérontologie.
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'existe pas de commission de coordination gériatrique. Il lui est rappelé son obligation à organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement.	Ecart 5 : en l'absence de commission de coordination gériatrique, l'EHPAD contrevient à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	Prescription 5 : organiser annuellement une commission de coordination gériatrique, conformément à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	question 1,13 bis	L' EHPAD va organiser une commission de coordination gériatrique, une fois par an.	L'EHPAD s'engage à organiser une commission de coordination gériatrique une fois par an. La prescription 5 est maintenue. Transmettre tout document attestant de l'organisation en 2024 de la commission de coordination gériatrique.
1.14 Le rapport d'activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2022).	Oui	L'établissement déclare qu'il n'y a pas de RAMA. La direction de l'établissement indique qu'il compte sur l'arrivée en mars 2024 de la cadre de santé pour se mettre en conformité.	Ecart 6 : en l'absence de rédaction du RAMA, l'établissement contrevient à l'article D312-158 du CASF.	Prescription 6 : rédiger le RAMA 2023, conformément à l'article D312-158 du CASF.	question 1,14 bis	Suite à l'arrivée de la cadre de santé, l'élaboration du R.A.M.A. au sein de l'établissement pourra être effective.	La réponse mentionne que le RAMA va être élaboré, la cadre de santé étant présente depuis mars 2024. Il est rappelé que le RAMA est le rapport des activités médicales de l'établissement et que sa rédaction est pluridisciplinaire. Ce rapport constitue un outil de pilotage interne pour l'EHPAD, lui permettant d'évaluer et de suivre l'évolution du projet de soins de l'établissement et les modalités d'accompagnement du public accueilli. Enfin, il est rappelé que c'est le MEDEC qui coordonne sa rédaction. La prescription 6 est maintenue, dans l'attente de la transmission du RAMA 2023.
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 2022 et en 2023.	Oui	Deux déclarations d'EIG (11/05/2022 et 01/06/2023) et un récapitulatif de déclaration d'IEG (25/11/2022) ont été transmis. Le tableau de bord des EI/EIG 2023 remis à la question suivante mentionne également trois autres événements ayant fait l'objet d'un signalement à l'ARS. L'établissement atteste donc de la déclaration des EIG aux autorités administratives.					
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 2022 et en 2023.	Oui	L'établissement déclare avoir mis en place le logiciel AGEVAL à partir de janvier 2024. Il ne précise pas les modalités de déclaration antérieures. Les tableaux de bord des EI/EIG de 2022 et 2023 ont été remis. Ils sont relativement succincts et ne comportent que la description de l'événement et de la réponse apportée de façon peu détaillée (avec des mots-clés) et correctives, le tableau de bord des EI/EIG remis ne contribue à la déclaration à l'ARS. Les tableaux ne comportent pas d'éléments relatifs à l'analyse des causes ni à la mise en place de mesures correctives liée au risque. Enfin, le protocole des EI n'a pas été remis comme déclaré.	Remarque 7 : en l'absence de données détaillées sur les événements indésirables, leur description, l'analyse des causes, leurs actions correctives, le tableau de bord des EI/EIG remis ne contribue à la diminution de survenue d'un risque.	Recommandation 7 : développer la description des événements indésirables et détailler l'analyse des causes ainsi que les actions correctives dans le tableau de bord des EI/EIG afin de contribuer à la prévention des risques.	question 1,16 bis	La description des EI ainsi que leur détail seront retrançts sur le logiciel AGEVAL. Les tableaux récapitulatifs des EI ne reprennent pas les détails étant donné que dorénavant tout sera sur AGEVAL (déclaration, description, analyse et action)	L'établissement déclare que tous les EI/EIG ainsi que leur "détail" (déclaration, description, analyse et action) seront retrançts sur le logiciel AGEVAL. La recommandation 7 est toutefois levée.
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	Les procès-verbaux des élections des représentants des résidents et des familles remis attestent de la tenue d'élection en mars 2023. L'établissement a également remis la liste complète des membres du CVS. Ce dernier est composé de : <ul style="list-style-type: none">- de 3 représentants des résidents (dont un siège à pourvoir)- de 4 représentants des familles,- d'un représentant des professionnels,- d'un représentant de l'organisme gestionnaire,- du directeur et/ou de son représentant (à titre consultatif). L'établissement atteste bien que la composition de son CVS est conforme à la réglementation.					
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 règlement intérieur du CVS a été établi lors du CVS du 18/04/2023. En attest le compte rendu du CVS de cette date remis. Le règlement intérieur du CVS est très complet. Toutefois, il limite l'éligibilité des représentants des familles aux seuls référents familiaux, ce qui n'est pas prévu par la réglementation qui prévoit que "pour représenter les familles, tout parent, même allié, d'un bénéficiaire, jusqu'au quatrième degré, toute personne disposant de l'autorité parentale, tout représentant légal, toute personne chargée d'une mesure de protection juridique avec représentation" peut candidater au siège de représentant des familles au CVS.	Ecart 7 : en limitant l'éligibilité des candidats au siège des représentants des familles aux seuls référents familiaux dans le règlement intérieur du CVS, l'établissement contrevient à l'article D311-11, 2 ^e du CASF.	Prescription 7 : modifier le règlement intérieur du CVS sur le point lié à l'éligibilité des représentants des familles afin qu'il soit conforme à l'article D311-11, 2 ^e du CASF.	1,18 bis et question 1,18 bis	Règlement intérieur en pièce jointe	Le règlement intérieur du CVS remis est conforme concernant l'éligibilité des représentants des familles. La prescription 7 est levée.
1.19 Joindre les 3 PV du CVS de 2022 et de 2023	Oui	Plusieurs comptes rendus ont été remis : 17/02/2022, 05/07/2022, 20/10/2022, 18/04/2023, 11/07/2023 et 07/11/2023. Il apparaît, à leur lecture, que les sujets abordés sont variés et les échanges entre les personnes présentes en séance riches. En revanche, il est relevé que plusieurs personnes signent les comptes rendus du CVS. Il est rappelé que seul le Président en a la capacité.	Ecart 8 : en faisant signer le compte rendu du CVS par plusieurs personnes en plus du Président, l'établissement contrevient à l'article D311-20 du CASF.	Prescription 8 : faire signer les comptes rendus par le seul Président du CVS, conformément à l'article D311-20 du CASF.	question 1,19 bis	Les comptes rendus seront dorénavant signés seulement par le Président du C.V.S.	Dont acte. La prescription 8 est levée.
2- Accueil Temporaire (Accueil de Jour et/ou Hébergement Temporaire)							
2.1 Combien de lits en HT et/ou places en AI sont autorisés au 1er janvier 2024 ? Joindre le justificatif.	Oui	D'après larrêté d'autorisation n°2016-8063 remis, l'établissement est autorisé pour deux places d'hébergement temporaire.					
2.2 Si hébergement temporaire : préciser le taux d'occupation de l'hébergement temporaire pour 2023. Si accueil de jour : transmettre la file active pour 2023. Joindre le justificatif.	Oui	L'établissement déclare que le taux d'occupation de l'hébergement temporaire est de 99%, mais n'apporte aucun justificatif.					

<p>2.3 L'Accueil de Jour et/ou l'Hébergement Temporaire dispose(nt)-il(s) d'un projet de service spécifique ? Joindre le document.</p>	<p>Il n'existe pas de projet de service spécifique à l'hébergement temporaire (HT). Le projet de vie quotidienne de l'EHPAD a été remis. Cependant, il est rappelé que l'hébergement temporaire répond à des objectifs précis, certains définis d'ailleurs par l'établissement lui-même (libre choix, qualité et la sécurité du retour à domicile, coordination entre les acteurs du soin à domicile et les soignants de l'EHPAD, réflexions éthiques...). La mise en place d'un projet spécifique n'enlève pas la valeur d'équité promue par l'établissement.</p> <p>Ainsi, il convient d'élaborer le projet de service de l'hébergement temporaire, en prenant soin de 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).</p>	<p>Ecart 9 : il n'existe pas de projet spécifique de service pour l'hébergement temporaire, ce qui contrevient à l'article D312-9 du CASF.</p>	<p>Prescription 9 : 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.</p>	<p>question 2,3 bis</p>	<p>L'établissement s'est clairement positionné sur des valeurs éthiques et tout particulièrement sur l'équité. Ainsi par choix il n'a pas été écrit de projet spécifique pour l'hébergement temporaire. D'autre part la réalité du terrain montre qu'aucune demande n'est formulée pour de l'hébergement temporaire depuis cinq années. Afin de répondre à la tarification il existe encore 2 places référencées en HT mais elles sont systématiquement occupées par des HP.</p>	<p>L'établissement déclare que les 2 places autorisées en hébergement temporaire (HT) sont occupées par des personnes accueillies en hébergement permanents. Cette situation explique le taux d'occupation particulièrement élevé de l'HT, qui correspond donc en réalité à un taux d'occupation d'hébergement permanent. Par ailleurs, il est déclaré que cette situation est justifiée par le fait "qu'aucune demande n'est formulée pour de l'HT depuis cinq années". Cette déclaration pose la question de l'effectivité de la communication externe de l'établissement sur l'éventualité où l'établissement souhaite continuer à utiliser les 2 places d'HT en hébergement permanent, il convient qu'il se rapproche de la Délégation départementale ARS de la Haute-Loire pour faire évoluer son autorisation.</p> <p>Enfin, sans remettre en cause l'équité promue par l'établissement, il est rappelé que les besoins des personnes accueillies en HT sont différents de ceux accueillis en hébergement permanent. L'HT constitue une réponse momentanée à la situation de la personne âgée et de son aidant et dans certains types de situation. En ce sens, l'HT doit disposer d'un projet de service spécifique, construit autour de la personne accueillie et de l'aidant, prévoyant ses modalités d'organisation et de fonctionnement, qui doivent être inscrites dans le règlement de fonctionnement.</p> <p>La prescription 9 est maintenue. Transmettre le projet de service de l'HT précisant son organisation et son fonctionnement, dans l'hypothèse où l'établissement envisage de réinvestir ses 2 places d'HT.</p> <p>Dans l'hypothèse où l'établissement envisage la transformation des 2 places d'HT en places d'HP, la Délégation départementale ARS de la Haute-Loire doit être saisie de la demande. Transmettre tout élément attestant de la décision de l'établissement de ne pas conserver les 2 places d'HT.</p>
<p>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.</p>	<p>Oui</p> <p>L'établissement ne dispose pas d'équipe dédiée pour ses deux places d'hébergement temporaire.</p>					
<p>2.5 Quelle est sa composition en indiquant la qualification pour chaque poste occupé ? Joindre les diplômes.</p>	<p>Oui</p> <p>Au vu de la réponse à la question précédente, l'établissement n'est pas concerné par cette question.</p>					
<p>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.</p>	<p>Oui</p> <p>Le règlement de fonctionnement de l'EHPAD ne prévoit pas les modalités de fonctionnement et d'organisation de l'hébergement temporaire.</p>	<p>Ecart 10 : en l'absence de définition des modalités d'organisation de l'hébergement temporaire, dans le règlement de fonctionnement, l'établissement contrevient aux articles L311-7 et D312-9 du CASF.</p>	<p>Prescription 10 : définir les modalités d'organisation de l'hébergement temporaire et les intégrer dans le règlement de fonctionnement en vertu des articles L311-7 et D312-9 du CASF.</p>	<p>question 2,6 bis</p>	<p>Pour les raisons invoquées dans le projet de service, le règlement de fonctionnement appliqué pour l'HT est le même que celui de l'HP. Il arrive cependant rarement qu'une personne accueillie en HP demande un retour à domicile, dans ce cas une attention toute particulière est apportée pour que l'organisation du retour à domicile soit bienveillant.</p>	<p>L'établissement doit opter pour le maintien des 2 places d'HT ou leur transformation en hébergement permanent, ce qui est le cas dans les faits depuis 5 ans déjà, en fonction de sa décision, la prescription 10 sera maintenue ou non, définir les modalités d'organisation de l'hébergement temporaire et les intégrer dans le règlement de fonctionnement en vertu des articles L311-7 et D312-9 du CASF.</p> <p>La prescription 10 est maintenue, dans l'attente du positionnement de l'établissement sur le devenir des 2 places d'HT. Dans l'éventualité où les 2 places d'HT sont conservées, les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'hébergement temporaire sont à élaborer et intégrées dans le règlement de fonctionnement de l'EHPAD, afin de donner de la lisibilité sur le dispositif.</p>