

RAPPORT de CONTROLE le 10/12/2024

EHPAD MAISON NAZARETH à LE PUY EN VELAY_43

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

Thématique: CSP 12 / Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : ASSOCIATION LA PIERRE ANGULAIRE

Nombre de places : 88 lits dont 3 lits en HT et 10 places en AJ et un PASA

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 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	Il a noté que l'EHPAD Maison Nazareth a fait l'objet d'une inspection sur site les 14, 15 et 23 avril 2021. Lors de la décision définitive du 23 décembre 2021, l'établissement s'est vu prescrire 4 recommandations et 10 prescriptions. Il a été remis l'organigramme de l'EHPAD daté du 3/07/24, il n'est pas nominatif. Toutefois, les différents pôles sont représentés : pôle soins, hôtelier, vie sociale, animation et pôle domicile. La directrice a pris ses fonctions le 1er avril 2021.					
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	La direction déclare avoir au 1er juillet 2024, 3 postes vacants : -0,5ETP d'ASH, le poste est assurée par un remplaçant, -0,2ETP de psychologue, -0,54ETP de MEDEC. Il est précisé qu'un MEDEC a été recruté à compter du 1er octobre 2024 mais seulement à hauteur de 0,06ETP. Or, il est rappelé que lors de l'inspection, une prescription portait déjà sur l'insuffisance de temps de MEDEC (prescription 1 : "assurer au sein de l'EHPAD, la présence d'une équipe pluridisciplinaire comprenant les professionnels prévus à l'article D312-55-0 du CASF"). En conséquence, en l'absence d'un temps de MEDEC suffisant auprès des résidents ne permet pas une prise en charge pluridisciplinaire et individuelle des usagers, ce qui contrevient à l'article D312-155-0 alinéa II du CASF. Concernant le poste de psychologue, à la lecture de l'organigramme, il est relevé un temps de 0,3ETP pour le pôle soins et un temps de 0,2ETP pour le pôle domicile. Il est déclaré la vacance du poste de psychologue à hauteur de 0,2ETP sans préciser sur quel pôle porte la vacance de poste.	Ecart 1 : L'absence de MEDEC ne permet pas une prise en charge pluridisciplinaire et individuelle des usagers, ce qui contrevient à l'article D312-155-0 alinéa II du CASF. Remarque 1 : En l'absence de précision de l'ETP vacant de psychologue, l'EHPAD n'atteste pas la présence d'un temps de psychologue à l'EHPAD.	Prescription 1 : Procéder au recrutement pérenne de MEDEC, permettant une prise en charge pluridisciplinaire et individuelle des usagers, conformément à l'article D312-155-0 alinéa II du CASF. Recommandation 1 : Préciser le temps de présence de la psychologue à l'EHPAD maison Nazareth.	Organigramme	Nous sommes à la recherche d'un MEDEC à hauteur de 60%. L'établissement recherche activement un MEDEC (Offres...). La Maison Nazareth s'engage à embaucher un MEDEC à 60% des lors que vous nous aurez fourni les CV de médecin souhaitant intégrer notre EHPAD pour assurer la fonction de MEDEC à 60%. Pour permettre une prise en charge pluridisciplinaire et individuelle des usagers nous essayons de faire au mieux avec l'intervention d'un MEDEC à hauteur de 8 heures/mois pour la coordination des STAFF et un MEDEC en vacation pour la vaccination, le RAMA, les projets de soins... Le temps de présence accordé de la psychologue à l'EHPAD maison Nazareth est de 0,30 ETP, à l'Accueil de Jour 0,20 ETP et à la Plateforme de Répit à hauteur de 0,10 ETP. La psychologue intervenait à hauteur de 0,30 ETP mais suite à son absence, le poste est resté vacant. Un psychologue vient en remplacement à hauteur de 0,20 ETP à l'EHPAD depuis le 01/10/2024. Il intervient en plus à hauteur de 0,20 ETP à l'AJ et à la PFR depuis le 11/09/2023. La vacance du poste aujourd'hui est de 0,10 ETP à l'EHPAD et 0,10 ETP à l'AJ et à la PFR. Nous sommes activement en recherche d'une psychologue pour le poste vacant.	S'agissant du recrutement d'un MEDEC, la direction déclare être en recherche active de MEDEC à hauteur de 0,6ETP sans résultat. L'établissement précise avoir recours à deux vacataires médecins, l'un 8 heures par mois pour la coordination des staff et l'autre pour la vaccination, le RAMA et les projets de soins. Toutefois, aucun élément de preuve n'a été remis attestant de cette organisation. Dans l'attente du recrutement d'un MEDEC à hauteur de 0,6ETP, la prescription 1 est maintenue. La direction a précisé le temps de présence du psychologue à l'EHPAD Nazareth : -0,2ETP à l'EHPAD, -0,2ETP à l'accueil de jour et à la plateforme de répit. En conséquence, la prescription 2 est levée.
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	La directrice Mme K est titulaire d'un Master en Direction d'établissements gérontologiques, obtenu en 2024. Il s'agit d'un diplôme de niveau 7, conformément à l'article D312-176-6 du CASF.					
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	La directrice, Mme K, a reçu délégation de pouvoirs du président Habitat et Humanisme soin en 2021. Un tableau présente l'ensemble des pouvoirs qui lui sont délégués.					
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	Le planning d'astreinte a été transmis pour la période de juillet à décembre 2024, il est relevé que 4 professionnels participent à l'astreinte. Toutefois, seules la directrice et la cadre de santé peuvent être identifiées. Par ailleurs, il a été remis 2 procédures d'astreinte dont l'une à destination des professionnels et l'autre à destination des cadres d'astreinte en l'absence de la directrice d'EHPAD. Les procédures d'astreintes définissent les modalités de recours et le numéro unique d'astreinte.	Remarque 2 : Le planning des astreintes n'indique pas les fonctions des personnels en charge de l'astreinte ce qui ne permet pas de connaître les membres participant à cette dernière.	Recommandation 2 : Préciser les fonctions des professionnels assurant l'astreinte de direction dans le planning.	1.5 planning astreintes	Sur Octime les fonctions sont stipulées : Gestionnaire RH : Infirmière coordinatrice : Directrice : Gouvernante/Responsable cadre de vie	La direction précise les fonctions des professionnels participant à l'astreinte de direction, il s'agit de la directrice, l'IDEC, la gestionnaire RH et la gouvernante. Par conséquent, la recommandation 2 est levée.
1.6 Un CODIR régulier est-il mis en place au sein de l'EHPAD ? Joindre les 3 derniers comptes rendus.	oui	Il a été remis les 4 derniers CR de CODIR (21/10, 28/10, 04/11, 12/11/24) qui attestent d'une réunion hebdomadaire des 6 membres du CODIR. A leur lecture, il est relevé l'absence de précision des fonctions des professionnels, ce qui ne permet pas de connaître les agents composant l'équipe de direction.	Remarque 3 : En l'absence de précision des fonctions des professionnels participant au CODIR, il n'est pas possible de connaître l'équipe de direction.	Recommandation 3 : Préciser les fonctions des professionnels participant au CODIR afin d'identifier l'équipe de direction.	CR CODIR	Les fonctions des professionnels participant au CODIR sont désormais indiqués dans les comptes rendus. : Infirmière coordinatrice : Gouvernante/Responsable cadre de vie : Directrice : Responsable Accueil de jour : Psychomotricienne (absent) : Psychologue	La direction a remis les CR des 4 dernières réunions de CODIR. A leurs lectures, les fonctions des professionnels composant l'équipe de direction sont précisées. Par conséquent, la recommandation 3 est levée.
1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	oui	Le projet d'établissement transmis couvre la période 2024-2029. A sa lecture, il est constaté qu'il n'a pas fait l'objet de consultation du CVS comme le prévoit l'article L311-8 du CASF. Par ailleurs, le PE n'est pas complet. En effet, il n'existe pas de partie définissant les modalités d'accompagnement à la fin de vie des personnes âgées, comme il est inscrit dans les recommandations de bonnes pratiques professionnels (décision n°D2016-60) définies par la HAS. De plus, il est rappelé que lors de l'inspection une prescription portait déjà sur l'absence de mesures propres à assurer les soins palliatifs ("Définir dans le cadre du projet de soins l'ensemble des mesures propres à assurer les soins palliatifs que l'état des personnes accueillis requiert, y compris les plans de formation spécifique des personnels"). Toutefois, il est fait mention d'une convention avec l'équipe mobile de soins palliatifs du CH Emile Roux et du recueil des directives anticipés des résidents.	Ecart 2 : En l'absence de date de consultation du projet d'établissement par le CVS, l'EHPAD contrevient à l'article L311-8 du CASF. Remarque 4 : En l'absence de définition des modalités d'accompagnement à la fin de vie des personnes âgées au sein du PE, l'EHPAD contrevient aux RBPP (décision n°D2016-60) définies par la HAS.	Prescription 2 : Présenter le projet d'établissement au CVS afin qu'il soit consulté conformément à l'article L311-8 du CASF. Recommandation 4 : Intégrer dans le projet de soins les modalités d'accompagnement à la fin de vie des personnes âgées conformément aux RBPP (décision n°D2016-60) définies par la HAS tels que la formation des professionnels, repérer les situations de fin de vie et adapter les pratiques aux besoins des résidents, mettre en œuvre un accompagnement respectueux du résident ou encore l'accompagnement des proches.	Projet d'établissement CR CVS 13/03/2024	Le projet d'établissement a été présenté au CVS au mois de Mars (13/03/2024) dans la partie "5.Le <i>fonctionnement</i> ". La date de la présentation au CVS à été indiqué dans le projet d'établissement p7: " <i>Diffusion du projet d'établissement</i> ". Concernant l'accompagnement à la fin de vie des personnes âgées nous avons développé les modalités d'accompagnement. <i>p.34 "3.3.3. La prévention et gestion des risques" p.60/61 "2.Les principaux enjeux pour les 5 années à venir".</i>	La direction a renseigné la date de consultation des membres du CVS dans le projet d'établissement 2024-2029. En conséquence, la prescription 2 est levée. La direction a apporté des modifications au sein du projet d'établissement en intégrant un paragraphe sur les soins palliatifs qui stipule le recours, si nécessaire, à l'HAD et à l'équipe mobile de soins palliatifs du CH d'Emile Roux. Par conséquent, la recommandation 4 est levée.
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	La direction a remis le projet d'établissement ainsi qu'un violentomètre. Le violentomètre est un outil utilisé par l'établissement afin de sensibiliser les professionnels aux pratiques pouvant être qualifiées de maltraitantes. Une partie sur la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance est développée conformément à l'article D311-38-3 du CASF. En effet, les moyens de repérage des risques de maltraitance ainsi que les modalités de signalement sont définies. Par ailleurs, il est relevé qu'une analyse des pratiques professionnels, des actions et orientations en matière de formation des professionnels pour prévenir les risques de maltraitance sont organisés.					
1.9 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	oui	Il a été transmis le règlement intérieur de l'EHPAD. Or, il était demandé le règlement de fonctionnement. En l'absence de transmission du règlement de fonctionnement, l'EHPAD n'atteste pas être conforme aux articles L311-7 et R311-33 et suivants du CASF. Il est rappelé dans le cadre de l'inspection qu'une prescription portait déjà sur l'actualisation du règlement de fonctionnement.	Ecart 3 : En l'absence de transmission du règlement de fonctionnement, l'EHPAD n'atteste pas être conforme aux articles L311-7 et R311-33 et suivants du CASF.	Prescription 3 : Transmettre le règlement de fonctionnement de l'EHPAD afin d'attester de sa conformité avec les articles L311-7 et R311-33 et suivants du CASF.	Règlement de fonctionnement CR CVS 13/03/2024	Actualisé en 2023 et présenté au CVS en 2024, il sera mise à jour au premier trimestre 2025 après l'affectation des locaux.	La direction a remis le règlement de fonctionnement daté du 28/06/23. A sa lecture, il n'est pas renseigné les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles, ce qui contrevient à l'article R311-35 du CASF. Par conséquent, la prescription 3 est maintenue.
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	a été recrutée en qualité d'encadrante d'unité de soins, en CDI, à temps plein, à compter du 1er novembre 2021. Elle exerce ses fonctions à l'EHPAD Nazareth.					
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	L'IDEC a réalisé la formation "réussir sa fonction de manager de proximité" en 2023.					
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	Dr L a été embauché en qualité de MEDEC, en CDD couvrant la période d'octobre 2024 à septembre 2025. Il exerce à hauteur de 0,06ETP soit 2heures par semaine. Au regard de la capacité de l'établissement (88 lits) et conformément à l'article D312-156 du CASF, le temps d'intervention du MEDEC est insuffisant. Il est attendu un temps d'intervention de 0,6ETP.	Ecart 4 : Le temps de présence du médecin coordonnateur dans l'établissement est insuffisant et contrevient à l'article D312-156 du CASF.	Prescription 4 : Augmenter le temps de présence du MEDEC dans l'établissement à hauteur de 0,6ETP, conformément à l'article D312-156 du CASF.		Nous sommes à la recherche d'un MEDEC à hauteur de 60%. L'établissement s'engage à embaucher un MEDEC à 60% des lors que vous nous aurez fourni les CV de médecin souhaitant intégrer notre EHPAD pour assurer la fonction de MEDEC à 60%. Pour permettre une prise en charge pluridisciplinaire et individuelle des usagers nous essayons de faire au mieux avec l'intervention d'un MEDEC à hauteur de 8 heures/mois pour la coordination des STAFF et un MEDEC en vacation pour la vaccination, le RAMA, les projets de soins...	Dans l'attente du recrutement d'un MEDEC à hauteur de 0,6ETP, la prescription 4 est maintenue.
1.13 Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? Joindre le ou les justificatifs.	oui	est titulaire d'une capacité en gérontologie obtenue en 1993.					

1.14 La commission de coordination gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle annuellement ? Joindre les 3 derniers procès-verbaux.	oui	Il a été transmis les diaporamas et les feuilles d'émargement des réunions de commission de coordination gériatrique pour 2020 et 2021. La direction précise avoir programmé la prochaine réunion de la commission de coordination gériatrique le 14 novembre 2024. En l'absence de transmission des CR de réunions pour 2022 et 2023, l'EHPAD n'atteste pas réunir au minimum une fois par an la commission de coordination gériatrique, ce qui contrevient à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	Ecart 5 : En l'absence de transmission des CR de réunions pour 2022 et 2023, l'EHPAD n'atteste pas réunir au minimum une fois par an la commission de coordination gériatrique, ce qui contrevient à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	Prescription 5 : Réunir la commission de coordination gériatrique au moins une fois par an, conformément à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF et transmettre le CR de la prochaine réunion de la commission.	CR 14/11/2024	La commission de coordination gériatrique n'a pas pu se réunir en 2022, cela s'explique car la MEDEC était en congés maternité. Concernant la commission de 2023, vous trouverez en pièce jointe la feuille d'émargement du 30/01/2023. La MEDEC n'a pas réalisé de compte rendu, simplement le power point joint au premier envoi. Ci-joint le compte rendu du 14/11/2024. (rédaction du projet d'établissement en même temps que la suppression de L'EMSP donc difficile de mettre plus d'élément sur ce domaine).	La direction déclare qu'en 2022 la commission de coordination gériatrique n'a pu se tenir en l'absence de MEDEC. En 2023, la commission s'est tenue le 30/01/23, en atteste la feuille d'émargement transmise. En revanche concernant l'année 2024, la direction n'atteste pas avoir réuni la commission de coordination gériatrique en l'absence de médecin et de la transmission de la feuille d'émargement. En conséquence, l'établissement n'organise pas de commission de coordination gériatrique annuellement, la prescription 5 est maintenue.
1.15 Le rapport d'activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2023).	oui	Il a été remis le RAMA 2023, il est complet et conforme à l'article D312-158 CASF alinéa 10 CASF.					
1.16 L'établissement a-t-il une pratique régulière de signalement 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	Il a été transmis 5 signalements réalisés auprès des autorités de tutelle. -1 El le 6/12/23 concernant le comportement violent d'un résident. -1 El le 19/06/23 relatif à la chute d'une résident à l'unité protégée entraînant une fracture. -1 El le 6/05/24 lié à la prise en charge d'une résidente en soins palliatifs entraînant des difficultés avec la famille. -1 El le 30/07/24 relatif à une fausse route d'un résident entraînant son décès les jours suivants. Le volet 2 de cet EIG a été transmis, il est relevé l'organisation de groupes de travail autour de la déglutition et l'adaptation des textures ainsi qu'un suivi psychologique pour les résidents présents au moment de l'évènement. -1 El le 29/10/24 concernant le comportement d'un résident mettant sa vie en péril. L'ensemble de ces El/EIG signalés atteste d'une pratique du signalement aux autorités de tutelle, conformément à l'article L331-8-1 CASF.					
1.17 L'établissement s'est-il doté d'un dispositif de gestion globale des El/EIG comportant : la déclaration en interne, le traitement de l'évènement, l'analyse des causes et le plan d'action pour y remédier ? Joindre tout document le prouvant, dont le tableau de bord des El/EIG de 2023 et 2024.	oui	La direction a remis le CR d'une commission spécifique au traitement des El/EIG déclarés ainsi qu'un protocole de signalement et traitement des El. Le tableau de bord des El/EIG pour 2024 relate la personne concernée, la date de déclaration, la fonction du déclarant, le type d'évènement, la description des faits, les conséquences, les mesures prises, le référent en charge du traitement de l'El, le statut de l'El et l'historique de suivi. A sa lecture, il est constaté que les colonnes relatives aux conséquences de l'évènement et les mesures prises sont peu remplies. Il n'y a pas de précision sur l'analyse et le plan d'action mis en place. En outre, il est rappelé dans le cadre de l'inspection qu'une prescription portait déjà sur la mise en œuvre d'une politique de prévention et de gestion des risques ("actualiser et mettre en œuvre les procédures permettant le recueil, l'analyse, le traitement, le signalement et le suivi des El/EIG"). Par conséquent, le processus de gestion globale des El/EIG est insuffisant.	Remarque 5 : En l'absence de l'élaboration de plan d'action et de mise en place d'une analyse des causes des El/EIG survenus, l'EHPAD n'atteste pas avoir mis en place un processus global de gestion des El/EIG suffisant.	Recommandation 5 : Veiller à organiser un suivi régulier en mettant en place notamment un plan d'action adapté en réponse aux El et EIG et une analyse des causes de ces événements.	Grille ALARM Plan d'actions Feuille émargement	Nous avons réalisé le 08/01/2025 une analyse d'un EIGS que nous avons déclaré sur le portail national. Cette séance d'analyse systémique a été animée par _____, personne ressource et _____, directeur. Nous avons analysé le contexte de survenue de l'évènement et sa gestion selon la grille ALARM. Suite à cette analyse nous avons mis en place un plan d'action. Informations systématique à tous le personnel lors des transmissions staff et entretiens. De plus, l'étude des El et des chutes est programmée tout au long de l'année par le CODIR les lundis. Tous les trois mois il y a une analyse des El avec la directrice, l'infirmière cadre et la responsable cadre de vie et des représentants de chaque catégorie professionnelles AS ASH IDE pour mettre en place des actions. Suite à cela des actions sont mise en place en réponse aux signalement sur _____. Pour formaliser ces actions, nous allons réaliser un plan d'action afin d'avoir un suivi.	L'établissement a entamé une démarche d'analyse des El/EIG en sollicitant le _____, à la suite de laquelle un plan d'action sur le suivi des El/EIG a été établi. Le suivi de ce plan d'action est à animer dans le cadre des CODIR afin de suivre l'état d'avancement des actions mis en place suite aux El/EIG. A ce titre, la direction déclare organiser d'une part, une revue des El et des chutes tous les lundis, d'autre part, tous les 3 mois la directrice, l'IDEC, la gouvernante et un représentant de chaque catégorie professionnelles AS, ASH, IDE se réunissent afin de réaliser une analyse des El et élaborer un plan d'action à suivre. Par conséquent, la recommandation 5 est levée.
1.18 Transmettre la dernière décision instituant le CVS. Joindre le document.	oui	Il a été transmis la décision instituant le CVS datée du 27/06/24. Sont élus des représentants des résidents et des familles ainsi que le représentant du personnel. Par ailleurs, un représentant de l'organisme gestionnaire est identifié. Par conséquent, la composition du CVS est conforme à l'article D311-5 du CASF.					
1.19 Transmettre la dernière mise à jour du règlement intérieur du CVS ainsi que le procès-verbal du CVS s'y rapportant.	oui	Il a été remis le règlement intérieur du CVS mis à jour conformément à l'article D311-19 du CASF. L'approbation du nouveau règlement intérieur du CVS s'est déroulé lors de la séance du 5 juin 2023, en atteste le CR de CVS.					
1.20 Joindre pour 2023 et 2024, l'ensemble des procès-verbaux des réunions du CVS.	oui	Il a été remis 4 CR de CVS pour 2023 et 4 CR de CVS pour 2024. Les sujets abordés sont divers. Ces CR n'appellent pas remarque particulière.					
2- Accueil Temporaire (Accueil de Jour et/ou Hébergement Temporaire)	oui						
2.1 Si <u>hébergement temporaire</u> : préciser le taux d'occupation de l'hébergement temporaire pour l'année 2023 et le 1er semestre 2024. Si <u>accueil de jour</u> : transmettre la file active pour l'année 2023 et le 1er semestre 2024. Joindre les justificatifs.	oui	Concernant l'hébergement temporaire, la direction déclare avoir un taux d'occupation de 52,24% pour 2023 et de 54,40% pour le 1er semestre 2024. Concernant l'accueil de jour, la direction déclare une file active pour 2023 de 60 usagers et pour le 1er semestre 2024 de 53 usagers.					
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	Il a été remis le projet de service spécifique à l'accueil de jour, il couvre la période 2024-2029, conformément à l'article D312-9 du CASF. Concernant l'hébergement temporaire, une partie au sein du projet d'établissement définit les modalités d'accueil, les spécificités du public accueilli et les objectifs de ce type d'accueil. Il est précisé qu'une chambre est dédiée à l'hébergement temporaire au sein de l'unité CANTOU.					
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 quotités de travail) et la fiche de poste du référent hébergement temporaire.	oui	Concernant l'accueil de jour, la direction a remis la fiche de poste de la responsable du pôle domicile qui intervient à temps plein sur l'accueil de jour et la plateforme de répit. Toutefois, il était attendu la précision des autres professionnels intervenant à l'accueil de jour (fonctions, quotité de travail et diplôme) permettant d'attester de l'intervention d'une équipe pluriprofessionnelle. Par ailleurs, concernant les 3 lits d'hébergement temporaire la direction n'a pas répondu à la question. Par conséquent, l'EHPAD ne peut attester de l'identification d'un référent à l'hébergement temporaire permettant de garantir la mise en œuvre des objectifs fixés dans le projet de d'établissement dans de bonnes conditions.	Remarque 6 : L'absence d'une équipe pluriprofessionnelle intervenant dans la prise en charge des résidents accueillis en accueil de jour comme le préconise la circulaire n°2002-222 du 16 avril 2002, ne permet pas la déclinaison du projet spécifique à l'accueil de jour. Remarque 7 : L'absence de personnel dédié pour prendre en charge les résidents accueillis sur les 3 lits d'hébergement temporaire, ne permet pas de garantir la mise en œuvre des objectifs fixés dans le projet d'établissement dans de bonnes conditions.	Recommandation 6 : Mettre en place au sein de l'accueil de jour une équipe pluridisciplinaire comme le stipule la circulaire n°2002-222 du 16 avril 2002 afin de décliner le projet spécifique de l'accueil de jour et transmettre les diplômes des professionnels. Recommandation 7 : Identifier un professionnel référent de l'hébergement temporaire afin de garantir la mise en œuvre des objectifs fixés dans le projet d'établissement dans de bonnes conditions.	Diplômes Réfèrent HT	Recommandation 6 : Equipe pluridisciplinaire au sein de l'Accueil de Jour : Responsable Domicile : 0,40 ETP Infirmier : EHPAD Psychologue : 0,20 ETP AMP/ASG : 1 ETP AMP/ASG : 0,60 ETP AS/ASG : 0,40 ETP Personnel Administratif : secrétaire, comptable, RH ASH : entretien des locaux Recommandation 7 : La personne référente de l'hébergement temporaire est _____. Cela est indiqué dans sa fiche de poste " 3.Mission principale du poste ".	La direction déclare qu'une équipe pluridisciplinaire est dédiée à l'accueil de jour, il s'agit de la responsable domicile et de 3 professionnels AMP/ASG et ASD soit 2ETP. De plus, la psychologue intervient à hauteur de 0,2ETP sur le pôle domicile. Par conséquent, la recommandation 6 est levée. Concernant le professionnel référent de l'hébergement temporaire, la direction déclare que la responsable domicile est identifiée comme référente des lits d'hébergement temporaire. En conséquence, la recommandation 7 est levée.