

RAPPORT de CONTROLE le 09/12/2024

EHPAD SAINT-VINCENT à BAS EN BASSET_43

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

Thématique: CSP 10 / Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : MAISON DE RETRAITE

Nombre de places : 86 places dont 84 places HP et 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 rend compte de l'organisation interne de l'établissement. Il est partiellement nominatif et mis à jour le 01/01/2024.					
1.2 Quels sont les postes vacants, au 1er mars 2024 : préciser la nature et la qualification du ou des poste(s) ?	Oui	L'établissement déclare qu'il n'y'a pas de poste vacant au 01/03/2024.					
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 de M V., daté du 07/10/2020, en qualité de directeur des EHPAD d'Aurec-sur-Loire, de Bas-en-Basset et de Saint-Pal-De-Chaleçon a été remis. Il mentionne qu'il est directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social, ce qui atteste 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 planning d'astreinte réalisé du 2ème semestre 2023 ainsi que le planning prévisionnel du 1er semestre 2024.	Oui	Une astreinte commune est organisée entre l'EHPAD et 4 autres EHPAD. Elle repose sur une convention de coopération inter-établissement établie pour sa mise en place. Elle est datée du 29/06/2023 et signée par les directeurs des établissements concernés. Les plannings d'astreinte du 19/06/2023 au 25/09/2023 et du 02/01/2024 au 08/04/2024 ont été remis. Selon le planning des gardes administratives du 02/01/2024 au 08/04/2024, 4 directeurs, 2 attachées administratives et 5 cadres de santé ainsi que 4 adjointes des cadres les assurent. Les périodes couvertes sont en semaine de 8h à 17h et les week-ends/jours fériés de 17h à 8h. Aucune procédure d'astreinte n'a été remise.	Remarque 1 : 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.	Recommandation 1 : formaliser une procédure retraçant les actions à réaliser durant l'astreinte de direction qui soit à destination du personnel de l'EHPAD.		Nous vous prions de trouver ci-joint : •La procédure des actions à réaliser à destination du personnel durant l'astreinte de direction •Protocole en cas d'absence d'un personnel soignant •Protocole en cas d'absence d'un personnel, de nuit •Protocole en cas d'absence d'un personnel des services généraux	Une procédure retraçant les actions à réaliser durant l'astreinte de direction à destination du personnel de l'EHPAD existe. Il s'agit du protocole "APPEL ASTREINTE DE DIRECTION", daté de novembre 2024, remis comme élément probant. Ce document explique de manière synthétique les actions à mettre en place en cas de survenue d'une situation problématique en dehors des heures/jours ouvrés. Trois conduites à tenir, datées du 18/04/2024, sont aussi transmises (en cas d'absence d'un agent de l'équipe de soins le week-end/jours fériés, d'un agent de nuit et d'un agent des services généraux). La recommandation 1 est levée.
1.6 Un CODIR régulier concernant l'EHPAD contrôlé est-il mis en place ? Joindre les 3 derniers PV	Oui	Le CODIR est commun aux trois établissements sous direction commune (EHPAD les Tilleuls, EHPAD Public Les Sources, EHPAD Saint Vincent). Trois comptes rendus de CODIR ont été remis : 21/05/2024, 13/06/2024 et 21/05/2024. Les documents abordent des sujets variés concernant les EHPAD.					
1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	Oui	Le projet d'établissement a été remis. Il a été validé par le CVS le 08/02/2024 et par le conseil d'administration le 19/06/2024. Il comprend un projet de soins et traite de la thématique relative à la fin de la vie et aux soins palliatifs. En revanche, la présentation de sa démarche interne de prévention et de lutte contre la maltraitance est incomplète. En effet, le projet d'établissement ne présente pas les modalités de signalement et de traitement des faits de maltraitance, des modalités d'élaboration des faits de maltraitance survenus, de la gestion du personnel, l'orientation, la formation et le contrôle du personnel. Le document ne désigne pas non plus les autorités administratives pouvant être sollicitées par les usagers et leurs proches en cas de difficultés. Enfin, l'établissement n'intègre pas non plus le plan bleu. Le projet d'établissement présente les objectifs à réaliser sur la durée des 5 ans qu'il couvre, mais sans préciser les modalités concrètes de mises en œuvre, les échéances, les indicateurs de résultat afin de mesurer l'atteinte de l'objectif. Une thématique dans le projet d'établissement concerne l'UVP, mais celle-ci est relativement succincte. Elle ne présente pas les critères de réorientation des personnes ainsi que les spécificités de fonctionnement et d'organisation du service liées à la population accueillie comme : - les moyens de maintenir ou d'améliorer l'autonomie des personnes dans la vie quotidienne, sociale, citoyenne, de maintenir un bon état général ; - les moyens de prévenir l'apparition de troubles psychologiques et comportementaux (ou de les prendre en charge) ; - son organisation en petites unités de vie et son articulation avec le reste de la structure ; - l'adaptation au rythme de vie des personnes accueillies/souplesse des horaires et du fonctionnement dans la vie quotidienne ; - les outils de veille et les modalités d'une évaluation régulière des capacités, besoins et attentes des personnes accueillies ; - la place des aidants.	Ecart 1 : en l'absence de présentation complète de la démarche interne de prévention/de lutte contre la maltraitance et de l'intégration du plan bleu dans son projet d'établissement, l'EHPAD contrevient aux articles L311-8 et D311-38-3 du CASF. Remarque 2 : en l'absence des modalités de mise en œuvre précises et mesurables des objectifs et actions émis, le projet d'établissement ne peut constituer un outil de pilotage adapté au fonctionnement de l'EHPAD, ce qui est en décalage avec les RBPP de l'HAS (HAS/ANESM RBPP "élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service", décembre 2009). Remarque 3 : en ne développant pas les spécificités de fonctionnement et d'organisation liées à la population accueillie en UVP et en n'identifiant pas les critères de réorientation des personnes accueillies, le projet d'établissement ne permet pas d'avoir de la lisibilité sur l'ensemble des dispositifs d'accueil dont dispose l'EHPAD, ce qui est en décalage avec les RBPP de l'HAS (HAS/ANESM RBPP "l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social", février 2009).	Prescription 1 : intégrer la démarche complète de prévention et de lutte contre la maltraitance de l'EHPAD ainsi que son plan bleu dans le projet d'établissement, conformément aux articles L311-8 et D311-38-3 du CASF. Recommandation 2 : décliner les objectifs du projet d'établissement en formalisant les actions à réaliser (préciser dans des fiches actions, les échéances, les indicateurs de résultat, la personne responsable et les étapes intermédiaires), tel que recommandé par les RBPP de l'HAS (HAS/ANESM RBPP "élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service", décembre 2009). Recommandation 3 : intégrer dans le projet d'établissement de l'EHPAD, le projet de service spécifique de l'UVP de manière détaillée et complétée.	Ci-joint le Plan Bleu / Projet de service du Cantou et du Cocon	Aucune réponse n'est apportée sur la thématique "politique de prévention et de lutte contre la maltraitance" dans le projet d'établissement, qui nécessite d'être complétée. Le plan bleu est transmis. Il est toutefois rappelé qu'il constitue le plan global de gestion des risques des ESMS pour faire face à tout type de crises et des situation sanitaire exceptionnelle, susceptibles de les impacter, et qu'il ne se limite donc pas aux seules situations de canicule, comme c'est le cas pour le plan bleu de l'EHPAD. Le décret du 7 juillet 2005 a en effet rendu obligatoire pour les EHPAD l'intégration dans le projet d'établissement d'un plan détaillant l'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique. L'établissement veillera donc à compléter son plan bleu, conformément à la réglementation. L'établissement pourra utilement s'appuyer sur le guide d'aide à l'élaboration du plan bleu en EHPAD, publié le 22/12/2022 (site Internet solidarites.gouv.fr). Les 2 documents remis (projet de service et projet de soins) se rapportant à l'UVP " Le Nid d'Adrien" sont bien détaillés et peuvent valablement servir pour rédiger le projet de service de cette unité. L'établissement n'explique pas s'il a mis en place des modalités de mise en œuvre précises et mesurables des actions découlant des objectifs définis dans le projet d'établissement. Il n'est pas possible de savoir si le projet d'établissement constitue ou non un outil de pilotage adapté au fonctionnement de l'EHPAD. La prescription 1 ainsi que la recommandation 2 sont maintenues. La recommandation 3 est levée.	
1.8 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	Oui	Le règlement de fonctionnement remis mentionne avoir été adopté par le CVS le 30/04/2024, alors que le compte rendu du CVS du 26/04/2023 mentionne sa consultation. Il est complet et conforme aux attentes réglementaires, excepté le point 3.12 relatif à la présence des animaux de compagnie des résidents. Celui-ci précise que "Les animaux ne sont pas admis dans l'établissement pour des raisons d'hygiène". Or, ce point n'a pas été abordé en CVS d'après le compte rendu de l'instance, en date du 26/04/2024, alors que la réglementation prévoit que le CVS soit consulté sur cette question.	Ecart 2 : en l'absence de consultation du CVS pour l'accueil des animaux de compagnie des résidents, l'établissement contrevient à l'article L311-9-1 du CASF.	Prescription 2 : consulter, pour avis, le CVS concernant l'accueil des animaux de compagnies des résidents conformément à l'article L311-9-1 du CASF et transmettre le compte rendu.		L'accueil des animaux de compagnie sera évoqué à l'ordre du prochain Conseil de Vie Sociale en date du 25.11.2024. Il sera confirmé que l'accueil des animaux de compagnie des résidents est interdit, et que les visiteurs accompagnés d'un animal (tenu en laisse) sont admis. Ci-joint copie de la convocation du CVS	La réponse mentionne la tenue d'un CVS le 25/11/2024. L'ordre du jour de cette séance remis mentionne bien un point concernant la présence des animaux au sein de l'EHPAD. L'établissement déclare par ailleurs qu'il sera confirmé que l'accueil des animaux de compagnie des résidents est interdit, et que les visiteurs accompagnés d'un animal (tenu en laisse) sont admis. Il est rappelé à la direction de l'EHPAD qu'elle ne peut préjuger à l'avance de la position sur cette question du CVS, qui est l'instance d'expression des résidents et de leurs familles. L'EHPAD conserve le droit de s'opposer à cette mesure, si un refus est exprimé au sein du CVS, et sous réserve de pouvoir « assurer les besoins » des animaux et de « respecter les conditions d'hygiène et de sécurité ». La prescription 2 est levée.
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	La décision de changement de grade au 20/10/2022 de Mme C. remis atteste que l'EHPAD bénéficie d'une cadre de santé paramédicale.					
1.10 L'IDEC dispose-t-il/elle d'une formation spécifique à l'encadrement ? Joindre le justificatif	Oui	La cadre de santé de l'EHPAD est titulaire du diplôme de cadre de santé et d'une maîtrise en droit, économie, gestion mention management des organisations de santé.					
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, en date du 01/01/2024, a été remis ainsi que son planning hebdomadaire. Ces documents attestent de sa présence à hauteur de 0,20 ETP. Pour rappel, au vu de la capacité autorisée de l'EHPAD, le temps de présence du MEDEC ne peut être inférieur à 0,60 ETP.	Ecart 3 : le temps de présence du médecin coordonnateur dans l'établissement n'est pas conforme aux exigences de l'article D 312-156 du CASF.	Prescription 3 : 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.		Nous vous prions de trouver ci-joint les courriers direction / médecin coordonnateur.	Les courriers demande/réponse entre la direction de l'EHPAD et le médecin coordonnateur mettent en évidence que le MEDEC est aussi médecin libéral et qu'il n'est pas en mesure de décaler du temps supplémentaire pour remplir ses fonctions de MEDEC. Dont acte. La prescription 3 est maintenue, dans l'attente que les fonctions de MEDEC au sein de l'EHPAD soient pleinement assurées avec un temps de présence de médecin coordonnateur de 0,60 ETP.
1.12 Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? Joindre le ou les justificatifs.	Oui	Le MEDEC est titulaire d'une capacité de médecin gériatologie, ce qui atteste de sa qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique.					
1.13 La commission gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle régulièrement ? Joindre les 3 derniers PV.	Oui	La commission de coordination gériatrique n'est pas organisée. L'établissement se justifie en déclarant que la taille de l'EHPAD permet une communication facile entre les différents acteurs libéraux et que la maison médicale Yvonne Aubert participe à ces échanges. Pour autant, il est rappelé que la commission de coordination gériatrique est une obligation légale pour l'EHPAD impliquant l'ensemble des équipes soignantes salariées et des professionnels libéraux. Ainsi que le rappelle la HAS dans sa fiche-repère sur la CCG, elle a pour objectif une meilleure coordination des soins entre les équipes internes et l'ensemble des professionnels libéraux et elle permet une approche globale de la prise en soin des résidents en abordant des thématiques variées.	Ecart 4 : en l'absence de tenue de la commission de coordination gériatrique, l'EHPAD contrevient à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	Prescription 4 : réunir la commission de coordination gériatrique au moins une fois par an, en vertu de l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.		Nous vous prions de trouver ci-joint les courriers direction / médecin coordonnateur.	Le temps de présence du MEDEC à 0,20 ETP ne permet pas en effet au médecin de remplir l'ensemble de ses missions, notamment la tenue de la commission de coordination gériatrique, qui reste une obligation réglementaire. Il est pris bonne note que le MEDEC de l'établissement "va interroger par courrier ses trois confrères, médecins libéraux, et les différents collaborateurs qui interviennent sur le soin en EHPAD". La prescription 4 est maintenue dans l'attente de l'organisation de la commission de coordination gériatrique, une fois par an.

1.14 Le rapport d'activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2022 et/ou 2023)	Oui	Le "Rapport : Bilan 2023" remis présente des données médicales au 31/12/2023 relatives aux pathologies, aux chutes, aux régimes alimentaires des résidents, etc. Toutefois, il ne présente pas l'évolution de l'état de santé et de dépendance des résidents, en atteste l'absence de données antérieure à 2023 ainsi que l'absence de définition des modalités d'accompagnement des résidents, de présentation du PMP et du GMP. Ce document peut valablement constituer une source intéressante pour la réalisation du RAMA. Il est rappelé que le RAMA est un outil de pilotage au service de l'établissement, qui permet un suivi annuel et continu dans le temps du projet de soins, de l'évolution des bonnes pratiques de soins et des caractéristiques de la population accueillie.	Ecart 5 : en l'absence de rédaction du RAMA, l'établissement contrevient à l'article D312-158 du CASF.	Prescription 5 : rédiger le RAMA conformément à l'article D312-158 du CASF et transmettre le RAMA 2023.		Nous vous prions de trouver ci-joint les courriers direction / médecin coordonnateur.	La réponse apportée par le MEDEC laisse donc entrevoir la possibilité que le RAMA soit élaboré à l'avenir. Il est rappelé que ce document est une obligation réglementaire. Il convient en effet que le MEDEC et la cadre de santé collabore à son élaboration en lien avec l'équipe soignante. La prescription 5 est maintenue.
1.15 L'établissement a-t-il une pratique régulière de signalement aux autorités de contrôle des événements indésirables (EI) et ou événements indésirables graves (EIG)? Joindre les signalements des EI/EIG réalisés en 2023 et 2024.	Oui	L'établissement ne répond pas à la question. Il transmet le protocole de gestion des EI, qui ne définit pas ce qu'est un EIG, et les statistiques des déclarations de 2023. Aucun signalement d'événement indésirable grave n'a été transmis pour 2023 et 2024. Par ailleurs, l'établissement déclare à la question 1.16 que sur les 31 EI renseignés en 2023, un aurait dû faire l'objet d'un signalement aux autorités.	Ecart 6 : en l'absence de signalement sans délai de tout dysfonctionnement grave dans leur organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, l'EHPAD contrevient à l'article L331-8-1 CASF. Remarque 4 : le protocole de gestion des EI transmis ne définit pas ce qu'est un EIG, ni comment le traiter, ce qui peut mettre en difficulté le personnel et ne participe de son acculturation au signalement des EIG.	Prescription 6 : signaler sans délai, aux autorités compétentes, tout dysfonctionnement susceptible d'altérer la prise en charge des usagers, conformément à l'article L331-8-1 CASF. Recommandation 4 : intégrer dans le protocole de gestion des EI la gestion et le signalement des EIG afin de favoriser plus globalement la culture de signalement au sein de l'EHPAD.		Les fiches des événements indésirables sont systématiquement rédigées et analysées par le CODIR qui statue sur le niveau de gravité.	Il est bien compris que les fiches des événements indésirables sont systématiquement rédigées et analysées par le CODIR qui statue sur le niveau de gravité. Cette information est d'ailleurs inscrite dans la procédure des EI. Néanmoins, il conviendrait d'intégrer les EIG dans la procédure des EI, d'en préciser les spécificités. La prescription 6 est levée. La recommandation 4 est maintenue dans l'attente de l'intégration dans le protocole de gestion des EI la gestion et le signalement des EIG.
1.16 L'établissement s'est-il doté d'un dispositif de gestion globale des EI/EIG : de la déclaration en interne, traitement de l'événement, réponse apportée à l'analyse des causes ? Joindre le tableau de bord EI/EIG qui mentionne ces actions, en 2023 et 2024.	Oui	L'établissement ne répond pas à la question. Il déclare que les 31 événements indésirables survenus en 2023 sont traités en interne, mais aucun tableau de bord rassemblant ces EI n'a été remis. En l'absence de transmission du tableau de bord des EI/EIG de 2023 et de 2024, l'établissement n'atteste pas du traitement interne des EI/EIG, de l'analyse de leurs causes et de la mise en place d'actions correctives afin de garantir la sécurité du résident.	Ecart 7 : en l'absence de transmission du tableau de gestion/suivi des EI/EIG, l'établissement n'atteste pas de la mise en place d'un dispositif de recueil, d'analyse et de suivi des EI/EIG ; la sécurité, la santé des personnes accueillies pourraient être menacées, ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF.	Prescription 7 : transmettre le tableau de gestion/suivi des EI/EIG afin d'attester de la sécurité des résidents et de vérifier la conformité de l'établissement à l'article L311-3 du CASF.		La demande d'analyse est en cours par AGEVAL.	L'établissement déclare qu'il n'est pas en mesure de transmettre le document demandé, la demande d'analyse étant en cours par AGEVAL. L'établissement utilise donc le logiciel qualité et gestion des risques AGEVAL. Si l'EHPAD s'est doté du module "déclarations" et du module "plan d'actions", il est donc en mesure de déclarer les EI, de les traiter et de réaliser des bilans/statistiques. Les actions issues de l'analyse des événements peuvent être transmises et intégrées dans le plan d'actions continu de l'établissement. La prescription 7 est 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	La dernière décision instituant l'ensemble des membres du CVS n'a pas été remise. Seuls les procès-verbaux des élections du 21/03/2023 concernant les élections des représentants des résidents et des familles ont été transmis.	Ecart 8 : en l'absence de la dernière décision instituant l'ensemble des membres de chaque collège du CVS, l'établissement n'atteste pas que la composition de son CVS est conforme à l'article D311-5 du CASF.	Prescription 8 : transmettre la dernière décision du CVS identifiant l'ensemble des membre de chaque collège composant le CVS, afin d'attester de la conformité de l'EHPAD à l'article D311-5 du CASF.		Ce sujet sera évoqué au prochain CVS prévu le 25.11.2024. Ci-joint la convocation du projet CVS.	L'ordre du jour du CVS du 25/11/2024 inclut un point sur la composition des différents membres du chaque collège composant le CVS. La prescription 8 est levée.
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	La transmission du compte rendu du CVS du 20/04/2023 atteste de l'établissement du règlement intérieur du CVS suite aux élections du 21/03/2023.					
1.19 Joindre les 3 PV du CVS de 2022, 2023 et ceux réunis éventuellement en 2024	Oui	8 comptes rendus de CVS ont été remis : 25/01/2022, 09/02/2022, 26/04/2022, 21/06/2022, 28/10/2022, 30/10/2023, 28/03/2024, 26/04/2024. Seul un CVS s'est déroulé en 2023. Enfin, il est relevé que le Directeur de l'EHPAD signe les comptes rendus, mais pas le Président (seuls deux en 2022 et en 2024). Il est rappelé que seul le Président du CVS est signataire des comptes rendus du CVS.	Ecart 9 : en l'absence d'organisation de 3 CVS en 2023, l'EHPAD contrevient à l'article D311-16 du CASF. Ecart 10 : en l'absence de signature de certains comptes rendus par le Président du CVS et faisant signer le compte rendu du CVS par le Directeur, l'établissement contrevient à l'article D311-20 du CASF.	Prescription 9 : veiller à réunir le CVS au moins 3 fois par an conformément à l'article D 311-16 du CASF. Prescription 10 : faire signer les comptes rendus par le seul Président du CVS, conformément à l'article D311-20 du CASF.		Les comptes-rendus des prochains CVS seront signés par le président du Conseil de Vie Sociale.	Il n'est pas justifié l'absence de la tenue de 3 CVS en 2023, un seul ayant été organisé en octobre 2023. Il est bien noté par ailleurs que le principe des 3 CVS par an a bien été respecté en 2022 et en 2024. L'engagement de la direction de l'EHPAD de faire signer à l'avenir les comptes rendus des réunions du CVS est acté. Les prescriptions 9 et 10 sont levées.
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 ARS n°2016-8064 remis atteste que l'EHPAD est autorisé pour deux places d'hébergement temporaire.					
2.2 Si <u>hébergement temporaire</u> : préciser le taux d'occupation de l'hébergement temporaire pour 2023 et 1er trimestre 2024. Si <u>accueil de jour</u> : transmettre la file active pour 2023 et 1er trimestre 2024. Joindre le justificatif.	Oui	Selon la déclaration de l'EHPAD, le taux d'hébergement temporaire en 2023 est de 93,42 % et de 100 % pour le premier trimestre 2024. Ces places sont occupées essentiellement par de l'herbagement permanent. Seuls 15 jours d'hébergement temporaire ont été effectués en 2023.	Ecart 11 : l'Autorisation d'accueil temporairement n'est pas respectée, ce qui contrevient à l'autorisation ARS n°2016-8064 délivrée par l'ARS/CD en application de l'article D312-9 du CASF.	Prescription 11 : régulariser l'offre de l'accueil temporaire conformément à ce qui est prévu dans l'arrêté d'autorisation ARS n°2016-8064, en application de l'article D312-9 du CASF.		Nous vous prions de trouver ci-joint un courrier de Mr Le Directeur adressé à l'ARS.	Il est pris en compte la demande de l'établissement de transformer une place d'HT en hébergement permanent et de ne conserver qu'une seule place en hébergement temporaire. Donc acte. La prescription 11 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	Le projet de soins de l'hébergement temporaire est intégré au projet d'établissement (page 16). Il est bien compris le souhait d'équité entre les résidents accueillis en hébergement temporaire et en permanent. Il est mentionné que la seule distinction "portera sur la qualité et la sécurité du retour à domicile" avec une attention particulière à la coordination entre les acteurs du soins à domicile et les soignants de l'EHPAD, sans pour autant décrire et présenter dans quel dispositif de coordination gérontologique s'inscrit l'EHPAD ni sur quel réseau de partenaires locaux il peut s'appuyer (sociaux, médico-sociaux et sanitaires).	Remarque 5 : en l'absence de mention dans le projet de soins de l'hébergement temporaire sur les dispositifs de coordination gérontologie et les réseaux de partenaires locaux dans lequel s'inscrit l'EHPAD, l'établissement ne donne aucune visibilité sur les coordinations mises en place.	Recommandation 5 : présenter dans le projet de soins de l'hébergement temporaire dans quels dispositifs de coordination gérontologique et dans quel le réseau de partenaires locaux (sociaux, médico-sociaux et sanitaires) s'inscrit l'EHPAD.		Nous vous prions de trouver ci-joint un courrier de Mr Le Directeur adressé à l'ARS.	Si la demande de l'établissement de transformer une place d'hébergement temporaire (HT) en hébergement permanent est acceptée, les mesures correctives attendues seront toujours valables pour une place d'HT. La recommandation 5 est donc maintenue.
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'établissement ne dispose pas d'équipe dédiée à l'hébergement temporaire.					
2.5 Quelle est sa composition en indiquant la qualification pour chaque poste occupé? Joindre les diplômes.	Oui	Au vu de la réponse à la question 2.4, l'établissement n'est pas concerné par la question 2.5.					
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	L'établissement déclare que le règlement de fonctionnement ne prévoit pas l'organisation et le fonctionnement de l'hébergement temporaire.	Ecart 12 : 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.	Prescription 12 : 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.		Pour les raisons évoquées dans le projet d'établissement, le règlement de fonctionnement de l'hébergement temporaire est le même que celui de l'hébergement permanent.	Conformément à la réglementation, l'HT doit disposer d'un projet de service spécifique. Construit autour de la personne accueillie et de l'aident, il doit prévoir ses modalités d'organisation/fonctionnement, qui doivent être inscrites dans le règlement de fonctionnement. De plus, le projet de service doit s'appuyer sur la recommandation de la HAS ayant trait au projet d'établissement-projet de service notamment s'agissant de l'ouverture de la structure à son environnement, l'identification des dynamiques de parcours de usagers, les relations avec l'entourage et l'ancrage des activités dans le territoire. La prescription 12 est maintenue.