

RAPPORT de CONTROLE le 16/12/2024

EHPAD "RESIDENCE JEANSON" à ST NECTAIRE \_63

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

Thématique: CSP 11/ Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : U.F.V.G - RÉSIDENCE - FOYER JEANSON

Nombre de places : 58 places en HP

Questions	Fichiers déposés OUI / NON	Analysé	Ecarts / Remarques	Prescriptions/Recommendations envisagées	Nom de fichier des éléments probants	Réponse de l'établissement	Conclusion et mesures correctives définitives
<b>1- Gouvernance et Organisation</b>							
1.1 L'établissement dispose-t-il d'un organigramme nominatif détaillant les liens hiérarchiques et fonctionnels ? Joindre le document.	OUI	L'organigramme de la résidence Jeanson est transmis. Le document n'est pas nominatif. Il présente les liens hiérarchiques entre les fonctions présentes au sein de la structure et rend compte de la structure interne de la structure, en présentant les 3 pôles de l'EHPAD (administratif, soins et hébergement). Toutefois, il est relevé que l'organigramme ne rend pas compte de l'ensemble des fonctions existantes au sein de l'EHPAD notamment celles de psychologue, ce qui ne permet pas d'avoir une vision complète de l'ensemble des fonctions présentes au sein de l'établissement.	<b>Remarque 1 :</b> Le poste de psychologue n'apparaît pas sur l'organigramme, ce qui ne permet pas d'identifier son intégration et son implication au fonctionnement de l'EHPAD.	<b>Recommendation 1 :</b> Compléter l'organigramme en intégrant le poste de psychologue, même vacant.		Organigramme complété	À la consultation de l'organigramme, il est relevé que la psychologue est positionnée au sein du pôle soin, sous le MEDEC et en responsabilité des infirmières, ce qui ne correspond pas à ses missions. L'établissement veillera à modifier l'organigramme afin de ne pas faire apparaître ce lien hiérarchique erroné, tout en maintenant la psychologue dans le pôle soin. <b>La recommandation 1 est, toutefois, levée.</b>
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 avoir les postes suivants vacants : - 0,2 ETP psychologue - 0,2 ETP aide-soignant - 1 ETP agent d'entretien.					
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	La directrice dispose d'un double master 2 intitulé "droit de la santé" et "management stratégique des organisations de santé", obtenus respectivement en 2017 et 2018. Elle atteste bien du niveau de qualification requis pour occuper ses fonctions.					
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	La délégation de pouvoir entre le président du CA et la directrice de l'EHPAD est remise. Le document est très clair et présente les quatre grands domaines de délégations de manière détaillée. La nature et l'étendue des compétences et missions confiées à la directrice de l'EHPAD lui permettent d'assurer la gestion courante de la structure.					
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	L'établissement déclare ne pas avoir "d'astreinte administrative organisée". Il fait reposer sur les 4 IDE la responsabilité d'intervenir en cas de difficultés mineures, de type absentéisme et la direction intervient quant à elle sur des difficultés plus importantes (coupe d'électricité, ...). L'information concernant le déroulement de l'astreinte notamment de direction n'a été transmis. Pour autant, ce dispositif mis en place n'est pas formalisé. L'établissement a transmis deux documents, intitulés "astreintes mois de mai" et "astreintes mois de juin", de l'année 2024. Les noms de 4 personnes sont mentionnées sans précision sur leurs fonctions. Les périodes "d'astreinte" assurées par chacune couvre 1 week-end et 1 semaine (du samedi au vendredi). L'heure de début et de fin de l'astreinte n'est pas précisée, ni les motifs de saisine de la personne d'astreinte. Le nom de la directrice de l'EHPAD n'apparaît pas sur ces 2 documents. Elle ne participe donc pas à ce tour de garde, qui au regard de la réponse apportée, repose uniquement sur les 4 IDE de l'EHPAD. Par ailleurs, l'établissement n'a pas établi de procédure relative à cette astreinte et à l'astreinte administrative de direction.	<b>Remarque 2 :</b> Il n'existe pas de document formalisant l'organisation des astreintes administratives, ce qui ne permet pas d'assurer la continuité de la fonction de direction pouvant mettre en péril la sécurité des résidents.	<b>Recommendation 2 :</b> Mettre en œuvre l'organisation de la permanence de direction.		Protocole réalisé et roulement établi Concernant la recommandation 2, nous avons formalisé les astreintes au même titre que les infirmières entre l'assistante de direction et la directrice avec un protocole afférent. Vous trouverez les documents joints.	L'établissement a remis un protocole intitulé "astreinte direction". Ce protocole rappelle notamment les situations nécessitant un recours à l'astreinte de direction. Ainsi, ce document permet de formaliser et de sécuriser l'astreinte. <b>La recommandation 2 est levée.</b>
1.6 Un CODIR régulier concernant l'EHPAD contrôlé est-il mis en place ? Joindre les 3 derniers PV	OUI	L'établissement déclare qu'il n'y a pas de CODIR organisé. Il est bien compris que l'établissement ne dispose pas de cadres hormis le MEDEC. Il ne dispose ni de cadre infirmier ni de psychologue. Il est aussi déclaré que la direction rencontre le MEDEC deux fois par semaine et échange quotidiennement avec le personnel sur le fonctionnement de la structure, les résidents, les difficultés rencontrées etc. Pour autant, un temps d'échange institutionnel formalisé régulier entre le directeur, le MEDEC et associant l'animatrice, les IDE et éventuellement l'agent technique permettrait d'assurer en transversalité la communication, les échanges et la réflexion commune, dans le cadre d'une gestion de proximité. En l'absence d'un tel lieu d'échange, la direction de l'établissement se prive d'une vision transversale et d'un pilotage stratégique régulier.	<b>Remarque 3 :</b> L'absence de CODIR est préjudiciable pour assurer des échanges transversaux et un pilotage stratégique régulier.	<b>Recommendation 3 :</b> Mettre en place des CODIR, contribuant aux échanges transversaux et un pilotage stratégique régulier.			Aucun élément de réponse n'a été apporté. <b>La recommandation 3 est maintenue.</b>
1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	OUI	L'EHPAD a remis le projet d'établissement 2016-2020 et déclare ne pas disposer de projet d'établissement actualisé. L'établissement justifie cette situation en expliquant qu'un accord a été fixé avec l'ARS et le Cd63 pour élaborer le prochain projet d'établissement à l'issue des travaux de l'EHPAD "fin de calquer au mieux sur le futur fonctionnement de ce dernier". Il est fait référence à des courriers de l'ARS et du Cd63, qui remontent à juillet 2021. Il est bien pris acte que le début des travaux de construction/réhabilitation de l'EHPAD remontent à 2020 et qu'ils se terminent en 2024. Le projet d'établissement sera donc actualisé en 2025.					
1.8 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	OUI	Le règlement de fonctionnement de l'EHPAD a été remis. Le document n'est pas daté, ce qui ne permet pas de connaître sa périodicité de révision. De plus, à sa lecture, le document appelle les remarques suivantes : - Il ne prévoit pas les mesures à prendre en cas de situations exceptionnelles ; - Il ne fixe pas les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompues ; - Il ne prévoit pas l'organisation et l'affectation à usage collectif ou privé des locaux. D'autant plus que les travaux de réhabilitation de l'EHPAD devrait être pris en compte dans le cadre de l'actualisation du règlement de fonctionnement. Par ailleurs, sa date de consultation par le CVS n'est pas inscrite ce qui ne permet pas de savoir si l'instance a été consultée.	<b>Ecart 1 :</b> En l'absence de sa date d'actualisation dans le règlement de fonctionnement, l'établissement n'atteste pas être conforme à l'article R311-33 du CASF. <b>Ecart 2 :</b> En l'absence des mesures à prendre en cas de situations exceptionnelles, des modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompues et de l'organisation des locaux collectifs à usage privé et collectif dans le règlement de fonctionnement, l'établissement contrevient à l'article R311-35 du CASF. <b>Ecart 3 :</b> En l'absence de consultation du CVS sur le règlement de fonctionnement, l'EHPAD contrevient à l'article L311-7 du CASF.	<b>Prescription 1 :</b> Actualiser le règlement de fonctionnement comme prévu par l'article R311-33 du CASF. <b>Prescription 2 :</b> Actualiser le règlement de fonctionnement en y intégrant les éléments fixés par l'article R311-35 du CASF. <b>Prescription 3 :</b> Assurer la consultation du CVS sur le règlement de fonctionnement et inscrire la date de cette consultation dans le règlement de fonctionnement afin d'attester de la conformité de l'établissement avec l'article L311-7 du CASF.		Règlement modifié selon prescriptions	Le règlement de fonctionnement transmis est daté au 12/11/2024. <b>La prescription 1 est levée.</b> À la lecture du document, il est observé que les mesures à prendre en cas de situations exceptionnelles, ainsi que les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompues, ont été intégrées dans le document. Toutefois, le règlement de fonctionnement présente partiellement l'organisation et l'affectation à usage collectif des locaux, et ne traite pas du tout de leur usage privé. <b>La prescription 2 est maintenue.</b> De plus, la date de consultation du règlement de fonctionnement par le CVS n'est pas indiquée ce qui ne permet pas de savoir si l'instance a été consultée. <b>Par conséquent, la prescription 3 est maintenue.</b>
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	L'établissement déclare ne pas disposer d'un IDEC dans son organisation. L'EHPAD explique que les quatre IDE de l'EHPAD sont compétentes et "managent avec succès" l'équipe AS, sans expliquer les modalités du fonctionnement de cette organisation, sans IDEC. Il est rappelé que quelque soit l'organisation retenue par l'EHPAD, celle-ci doit permettre d'assurer la coordination de la prise en soins des résidents, en collaboration avec le médecin coordonnateur, l'encadrement de l'équipe soignante, le contrôle des soins/leur traçabilité, l'application des bonnes pratiques gériatrique ainsi que la coordination des intervenants extérieurs auprès des résidents. La déclaration faite par l'établissement ne permet pas d'attester de la bonne organisation de l'encadrement de l'équipe soignante par les IDE.	<b>Remarque 4 :</b> En l'absence d'élément précisant l'organisation de l'encadrement de l'équipe soignante, l'établissement n'atteste pas que celle-ci soit organisée.	<b>Recommendation 4 :</b> Transmettre tout élément attestant de l'organisation de l'encadrement de l'équipe soignante, les rôles et responsabilités des IDE, pour assurer la continuité et la qualité de la coordination des soins.		Fiches supports en PJ	L'établissement déclare que l'organisation du service soins fonctionne de cette façon depuis de plusieurs années. Les IDE possèdent une grande expérience au sein de l'EHPAD (12, 10, 7 et 5 ans) et il y a un très faible turnover des ASD. Cette stabilité de l'équipe de soin constitue effectivement un précurseur du bon fonctionnement de l'EHPAD et du service de soins. L'établissement explique également que des temps de transmissions, écrits et oraux, sont organisés au cours de la journée. Les IDE encadrent les aides-soignantes et veillent à l'application des bonnes pratiques professionnelles. De plus, l'établissement a transmis différents supports réalisés par les IDE (fiche petit-déjeuner, fiche référents, fiche poids,...) démontrant l'organisation du travail des soignants. <b>La recommandation 4 est levée.</b>
1.10 L'IDEC dispose-t-il/elle d'une formation spécifique à l'encadrement ? Joindre le justificatif	OUI	La réponse mentionne que l'établissement n'est pas concerné. L'établissement ayant fait le choix de retenir une organisation d'encadrement de l'équipe soignante reposant sur les quatre IDE, celles-ci assurent de fait des missions de coordination. Cette situation nécessite donc que les IDE présentent des prérequis en management pour être à même de réaliser leurs missions de coordination. Or, aucun document relatif aux formations suivies par les IDE en lien avec l'encadrement d'équipe et la coordination des soins n'a été transmis.	<b>Remarque 5 :</b> En l'absence de transmission des documents relatifs aux formations en management suivies par les IDE, l'établissement ne justifie pas soutenir les IDE dans leurs missions de coordination.	<b>Recommendation 5 :</b> Transmettre tout document justifiant de la formation des IDE aux fonctions d'encadrement et/ou de coordination d'équipe.			Aucun élément n'a été apporté. Bien que l'expérience des IDE et le bon fonctionnement du service de soins soient des indicateurs positifs, cela ne dispense pas de la nécessité d'une formation spécifique à l'encadrement et à la coordination des soins. Il incombe à l'établissement de former ses professionnels aux missions d'encadrement du soin qui leur sont confiées. <b>La recommandation 5 est maintenue.</b>
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 indéterminée du MEDEC, daté du 7 avril 2014, est transmis. Son contrat prévoit un temps de travail de 30,33 heures mensuelles, soit 0,2 ETP. Ce temps de travail du MEDEC est insuffisant au regard de sa capacité, par conséquent, l'EHPAD contrevient à l'article D312-156 du CASF.	<b>Ecart 4 :</b> Le temps de travail du MEDEC de l'EHPAD est insuffisant au regard de sa capacité, par conséquent, l'EHPAD contrevient à l'article D312-156 du CASF.	<b>Prescription 4 :</b> Augmenter le temps de médecin coordonnateur à hauteur de 0,4 ETP, au regard de la capacité autorisée et conformément à l'article D312-156 du CASF.		Concernant le temps de travail du médecin coordonnateur, la demande d'augmenter son temps de travail avait été formulée lors de la réunion conjointe CPOM ARS/Conseil Départemental/établissement, cela nous a été catégoriquement refusé...	L'EHPAD déclare que la demande d'augmenter le temps de coordination médical a été refusé lors d'une réunion conjointe CPOM ARS/Conseil Départemental/établissement. Donc acte. <b>La prescription 4 est levée.</b>
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 gériatrie et également d'un DUI de 3ème cycle gériatrie appliquée à la cancérologie. Ainsi, le MEDEC dispose des qualifications requises 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	L'établissement déclare ne pas organiser de commission gériatrique "en raison du manque de temps des professionnels". Il est rappelé que la commission de coordination gériatrique a de l'intérêt pour les professionnels soignants de l'EHPAD et qu'elle favorise l'échange et la réflexion pluridisciplinaire (médecin, soignants, pharmacien, kinésithérapeute, ergothérapeute,...), ce qui contribue à améliorer l'accompagnement des résidents. De plus, la tenue de cette commission est obligatoire, au moins une fois par an, avec l'ensemble des professionnels (salarié et/ou libéral) intervenants au sein de l'établissement.	<b>Ecart 5</b> : En l'absence de tenue de la commission de coordination gériatrique, l'EHPAD contrevent à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	<b>Prescription 5</b> : Organiser annuellement une commission de coordination gériatrique, conformément à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.				Aucun élément de réponse n'a été apporté. La <b>prescription 5</b> est maintenue. L'établissement veillera à organiser, chaque année, une commission de coordination gériatrique.
1.14 Le rapport d'activités médicaux annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2022 et/ou 2023)	NON	Aucun élément n'a été remis. Il est rappelé que le RAMA est un document réglementaire obligatoire. En tant qu'outil de pilotage interne, il permet à l'EHPAD de suivre et d'évaluer l'évolution de son projet de soins et des modalités d'accompagnement du public accueilli. Le modèle de RAMA élaboré par l'ARS Pays de Loire peut utilement être utilisé comme support par l'établissement (celui-ci est disponible sur le site internet de l'ARS Pays de Loire).	<b>Ecart 6</b> : En l'absence de transmission du RAMA 2022 et/ou 2023, l'établissement n'atteste pas répondre à l'article L311-22-1 du CASF.	<b>Prescription 6</b> : Transmettre le dernier RAMA conformément à l'article L311-22-1 du CASF.		Extrait de , en PJ		La RAMA 2023 est remis. Le document n'appelle pas de remarque. La <b>prescription 6</b> est levée.
1.15 L'établissement a-t-il une pratique régulière de signalisation 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 a remis une procédure intitulée "déclaration d'un événement indésirable", ancienne, datée de 2015. Ce document est clair et lisible mais il ne présente pas les EIG et ne décrit pas les modalités de signalisation aux autorités de contrôle. Il était destiné de transmettre les signalements d'EIG réalisés sur la période 2023 et 2024 et transmis aux autorités de contrôle. En l'absence d'élément, l'établissement n'atteste pas de sa pratique régulière de signalisation aux autorités de contrôle.	<b>Ecart 7</b> : En l'absence de transmission des signalements réalisés en 2023 et 2024 auprès des autorités administratives, l'EHPAD n'atteste pas de leur information sans délai, de tout dysfonctionnement grave dans sa gestion et son organisation, susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, tel que prévu à l'article L331-8-1 du CASF.	<b>Prescription 7</b> : Transmettre les signalements des EIG réalisés auprès des autorités administratives en 2022 et 2023 afin d'attester de leur information sans délai, de tout dysfonctionnement grave dans la gestion et l'organisation de l'EHPAD, susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, conformément à l'article L331-8-1 du CASF.		Peu d'EIG, en PJ Concernant les EIG, je n'ai signalé qu'une chute ayant entraîné une hospitalisation en 2024. J'avais signalé une agression de la part d'une famille en 2021. Les autres EI renseignés sont d'une importance mineure.		L'établissement déclare n'avoir eu qu'un seul EIG concernant une chute qui a nécessité un signalement aux autorités de contrôle. La <b>prescription 7</b> est levée.
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 déclare que "la gestion est encore papier". Cette déclaration ne permet pas de savoir si l'établissement a établi un dispositif global formalisé de gestion et suivi en interne des EI/EIG.	<b>Ecart 8</b> : En l'absence de transmission d'élément justifiant que l'EHPAD est doté d'un dispositif global de gestion et suivi des EI/EIG, sous forme de tableau récapitulatif, comprenant la déclaration systématique des EI/EIG en interne, le traitement de l'événement et la réponse apportée suite à l'analyse des causes, l'EHPAD contrevent à l'article L331-8-1 du CASF.	<b>Prescription 8</b> : Transmettre tout élément attestant que l'EHPAD est doté d'un dispositif global de gestion et suivi des EI/EIG, sous forme de tableau récapitulatif, comprenant la déclaration systématique des EI/EIG en interne, le traitement de l'événement et la réponse apportée suite à l'analyse des causes, l'EHPAD conformément à l'article L331-8-1 du CASF.		En PJ		L'établissement a transmis le tableau de bord de déclaration des EI/EIG de 2023 et 2024. À la consultation du tableau, il est constaté que chaque EI fait l'objet d'une description, d'actions immédiates, de solutions proposées, et d'une analyse des causes. Cela atteste d'un dispositif de gestion global des EI/EIG. Ainsi, la <b>prescription 8</b> 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	L'établissement déclare qu'il "n'a pas encore organisé de nouvelles élections, en raison des travaux, du déménagement et de la rénovation des locaux" et "des décès des résidents, entraînant des mouvements parmi les membres du CVS (résidents et familles)". A ce sujet, il est rappelé que l'installation des résidents dans leurs nouveaux locaux date du début d'année 2024 et que, de ce fait, les élections des membres du CVS auraient pu être organisées depuis.	<b>Ecart 9</b> : En l'absence de transmission de la décision instituant le CVS, l'établissement n'atteste pas être conforme à l'article D311-4 du CASF et n'atteste pas que sa composition est conforme à l'article D311-5 du CASF.	<b>Prescription 9</b> : Procéder aux élections des membres du CVS conformément aux articles D311-4 et 5 du CASF et transmettre le PV d'élections instituant chaque catégorie (résidents, familles, professionnels) du CVS.		Elections programmées début 2025 L'EHPAD JEANSON est un établissement convivial dans lequel règne un climat social apaisé. Les résidents et familles nous formulent régulièrement leur satisfaction. A ce titre, et afin d'être parfaitement dans le concret et comme cela ne se mesure pas, je vous joins un courriel reçu le 06/11/2024 suite au dernier décès survenu à l'EHPAD : « Merci , Un grand merci à tout le personnel de la structure qui est au top, toujours bienveillant, pour les résidents et leur famille. Merci pour l'accompagnement tout au long du séjour et en fin de vie. Nous sommes vraiment reconnaissants pour cet accompagnement, l'anticipation dans les derniers jours et le professionnalisme de tous. Et continuez ainsi, les familles sont soulagées de voir que tout est mis en œuvre pour le bien du résident. Bonne continuation, ».		L'établissement déclare que les élections du CVS sont programmées pour début 2025. Cependant, aucun élément probant n'a été transmis. La <b>prescription 9</b> est maintenue.
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	L'établissement déclare ne pas disposer d'un nouveau règlement intérieur du CVS.	<b>Ecart 10</b> : En l'absence de règlement intérieur du CVS, l'EHPAD contrevent à l'article D311-19 du CASF. Oui	<b>Prescription 10</b> : Doter le CVS d'un nouveau règlement intérieur, à l'issue des prochaines élections, conformément à l'article D311-19 du CASF. Transmettre le document.				Aucun élément n'a été remis. La <b>prescription 10</b> est maintenue. L'établissement veillera à doter le CVS d'un nouveau règlement intérieur, à l'issue des prochaines élections, qui se tiendront en début d'année 2025.
1.19 Joindre les 3 PV du CVS de 2022, 2023 et ceux réunis éventuellement en 2024	OUI	L'établissement a remis la feuille d'émargement du CVS du 02/12/2023 et le "procès verbal de CVS" datant du 18/04/2024. Le 1er document n'apporte pas d'informations sur la tenue du CVS de décembre 2023. Au total, 20 personnes étaient présentes. Seuls les noms/prénoms et signature sont mentionnés. A la lecture du 2ème document, il est constaté que les sujets abordés lors de ce CVS sont variés et que 2 représentants des familles et 3 représentants des résidents sont présents. La transmission d'un seul compte rendu de réunion de CVS depuis 2022 confirme que le CVS ne s'est pas tenu depuis 2022.	<b>Ecart 11</b> : La suspension du CVS de la résidence Jeanson contrevent à l'article D311-3 du CASF. PAS CI plutôt question 1.19	<b>Prescription 11</b> : Remettre en place un CVS au sein de la résidence Jeanson, conformément à l'article D311-3 du CASF.				Aucun élément n'a été remis. La <b>prescription 11</b> est maintenue.
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.	NON	Non concerné.						
2.2 Si hébergement temporaire : préciser le taux d'occupation de l'hébergement temporaire pour 2023 et 1er trimestre 2024. Si accueil de jour : transmettre la file active pour 2023 et 1er trimestre 2024. Joindre le justificatif	NON	Non concerné.						
2.3 L'Accueil de Jour et/ou l'Hébergement Temporaire dispose(nt)-il(s) d'un projet de service spécifique ? Joindre le document.	NON	Non concerné.						
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.	NON	Non concerné.						
2.5 Quelle est sa composition en indiquant la qualification pour chaque poste occupé ? Joindre les diplômes.	NON	Non concerné.						
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.	NON	Non concerné.						