

RAPPORT de CONTROLE le 24/06/2024

EHPAD DE HOPITAL DE NEUVILLE à NEUVILLE SUR SAONE_69

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

Thématique: CSP 8 / Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : CH DE NEUVILLE ET FONTAINES SUR SAONE

Nombre de places : 156 places dont 148 places en HP, 3 places en HT et 8 places en AJ

Questions	Fichiers déposés OUI / NON	Analysé	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 partiellement nominatif du CH de Neuville a été remis. Il ne comporte pas de date d'actualisation. L'EHPAD est situé au niveau de la coordination générale des soins. Le MEDEC, le cadre de santé sont identifiés.	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.	Recommendation 1 : s'assurer de la mise à jour régulière de l'organigramme en le datant.	1.1 Organigramme daté	Fait	L'organigramme a bien été daté. La dernière mise à jour remonte au 27/05/2024. La recommandation 1 est levée.
1.2 Quels sont les postes vacants : préciser la nature et la qualification du ou des poste(s) ?	Oui	Au 01/02/2024, l'établissement déclare 5 postes vacants : - 3 IDE, - un professeur APA, - un ASHQ.					
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 est titulaire du CAFDES (niveau 7).					
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	L'arrêté n°2022-17-0317 du 01/08/2022 du Directeur général de l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes désigne Mme M., directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social, directrice adjointe aux Hospices Civils de Lyon pour assurer l'intérim des fonctions de direction du Centre hospitalier de Neuville-sur-Saône, à compter du 15/08/2022 et jusqu'à la nomination d'un nouveau directeur.					
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 administrative est mis en place. Elle est complétée par une astreinte technique et une astreinte médicale. En atteste la procédure de continuité de soins et le planning de l'astreinte administrative remis. L'astreinte administrative repose sur trois cadres : la Directrice de l'hôpital, la responsable du bureau des entrées et relations famille et la cadre supérieur de santé. Le planning d'astreinte administrative précise que l'astreinte se déroule de 19h à 7h. Néanmoins, la procédure ne précise pas les périodes couvertes par l'astreinte.	Remarque 2 : l'absence de précision des périodes couvertes par l'astreinte dans la procédure de continuité de soins ne permet pas au personnel d'avoir une vision claire de son fonctionnement.	Recommendation 2 : préciser les heures de début et de fin de l'astreinte durant la semaine, les week-ends/jours fériés dans la procédure de continuité des soins.	1.5 Procédure de continuité MAJ	Fait	La procédure de continuité des soins a été complétée des heures de début et de fin de l'astreinte durant la semaine, les week-ends/jours fériés. La recommandation 2 est levée.
1.6 Un CODIR régulier concernant l'EHPAD contrôlé est-il mis en place ? Joindre les 3 derniers PV	Oui	4 comptes rendus ont été remis : - un compte rendu du directoire du CH, du 25/04/2023, - deux comptes rendus de la réunion de cadres du 27/06/2023 et du 25/07/2023, - un compte rendu lié à la cellule unique de gestion des risques et d'amélioration de la qualité (CUGRAQ) de l'établissement, daté du 10/10/2023. Aucun compte rendu récent de 2024 n'a été remis, ce qui n'atteste pas de la tenue régulière des réunions institutionnelles. L'absence d'outil de pilotage et de management de l'EHPAD, tel qu'un CODIR régulier, fragilise la continuité de l'organisation de l'établissement et nuit à la circulation en transversalité de l'information entre la Directrice et les cadres de l'EHPAD.	Remarque 3 : l'absence de CODIR régulier ne permet pas d'assurer la continuité de l'organisation de l'établissement ainsi que la circulation en transversalité de l'information entre la Directrice et les cadres de l'EHPAD.	Recommendation 3 : mettre en place un CODIR régulier, contribuant à la continuité de l'organisation de l'établissement et à la transmission des informations.	1.6 CODIR	Fait	Trois comptes rendus de réunion des cadres (mars, avril et mai 2024) sont remis. La directrice est présente ainsi que la cadre supérieur de santé et d'autres responsables des services. Les sujets évoqués en séance sont variés et se rapportent à la gestion de l'EHPAD. La recommandation 3 est levée.
1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	Oui	Le projet d'établissement du CH a été remis. Il couvre la période 2024-2028 et aborde des thématiques relatives à l'EHPAD.					
1.8 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	Oui	Le règlement de fonctionnement de l'EHPAD est commun à celui de l'EAM et du CH. Il a été mis à jour le 11/10/2023 et a été consulté par le CVS. Le document est complet et respecte les attentes réglementaires.					
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	Deux contrats de travail et une décision du directeur ont été remis. -Le contrat de travail à durée indéterminée à temps plein, du 20/12/2023, de M..., infirmière cadre de santé, - le contrat de travail en CDD, du 01/01/2024 au 31/01/2024, de M... cadre de santé IDE. Son contrat de travail en cours n'a pas été transmis. - la décision du directeur n°2019A/35 du 25/03/2019 qui promeut la cadre supérieure de santé, M... sur son grade. Concernant M... au sein de l'unité E2, aucun document la concernant n'a été remis.	Remarque 4 : en l'absence de remise du contrat de travail ou de l'arrêté de nomination de M... sur son poste, l'établissement n'atteste pas que cette professionnelle intervient bien sur l'unité E2 de l'EHPAD.	Recommendation 4 : transmettre le contrat de travail ou l'arrêté de nomination de M... assurant l'encadrement des équipes de l'E2.	1.9 Titularisation M... 1.9 Affectation M...	Fait. En revanche, nous n'élaborons pas de décision d'affectation. En dehors de l'organigramme, l'information est contenue dans son mail (preuve via le logiciel de gestion du temps de travail) et le tableau des effectifs (sous Excel car notre outil métier ne nous permet pas de gérer la notion de service)	Les documents transmis et la déclaration permettent de lever la recommandation 4.
1.10 L'IDEC dispose-t-il/elle d'une formation spécifique à l'encadrement ? Joindre le justificatif	Oui	Les diplômes de cadre de santé de M... et de M... ont été remis. Ils attestent de leur niveau de qualification. En revanche, aucun diplôme ou attestation de formation concernant M... et M... n'a été remis.	Remarque 5 : en l'absence de remise des diplômes ou attestation de formation de M... et de M..., l'établissement n'atteste pas qu'elles bénéficient des qualifications ou formations nécessaires pour assurer leurs missions sans difficulté.	Recommendation 5 : transmettre les attestations de formations ou les diplômes de M... et de M...	1.10 Diplôme M... 1.10 Diplôme M...		Les documents attendus sont remis. M... est bien titulaire du diplôme de cadre de santé. En revanche, pour M..., seul son diplôme d'IDE a été transmis. La recommandation 5 est toutefois levée.
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 à durée indéterminée, à compter du 01/09/2021, du MEDEC a été remis. Il prévoit qu'il intervienne à hauteur de 0,50 ETP, contre les 0,80 ETP prévus réglementairement pour un établissement autorisé de 156 places. Son planning de travail, remis sans légende, ne permet de connaître sa quotité horaire de travail, mais seulement sa présence le matin et l'après-midi, à raison de 8 demi-journées par semaine.	Ecart 1 : en l'absence d'un temps de MEDEC à hauteur de 0,80 ETP au sein de l'EHPAD, l'établissement contrevent à l'article D312-156 du CASF	Prescription 1 : augmenter le temps de travail du MEDEC à hauteur de 0,80 ETP, conformément à l'article D312-156 du CASF.		L'établissement compte 148 places d'hébergement EHPAD. L'un des médecins disposé par ailleurs du diplôme existant avant les DU et capacités de gériatrie : "formation du cycle de gériatrie clinique du médecin généraliste", obtenu en 2007. Il n'a pas été sollicité jusqu'à présent, du fait du faible temps manquant, rendant complexe l'articulation. Cela sera donc fait s'il en est d'accord (intervention au sein de l'établissement à hauteur de 0,35 ETP, exclusivement sur l'EHPAD)	Dont acte. Il est bien noté la possibilité d'avoir recours à un autre médecin à hauteur de 0,35 ETP, en complément du temps de coordination déjà en place. La prescription 1 est levée.
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 du DIU formation à la fonction de médecin coordonnateur d'EHPAD.					

1.13 La commission gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle régulièrement ? Joindre les 3 derniers PV.	Oui	Les trois documents remis (compte rendu de commission médicale d'établissement, compte rendu de la cellule unique de gestion des risques et d'amélioration de la qualité (CUGRAQ), mail sur un "retour sur la réunion CPTS-CH") correspondent à des réunions qui participent aux relations habituelles entre le MEDEC, la direction et les autres professionnels intervenant au sein de l'EHPAD.	Ecart 2 : en l'absence de tenue de la commission de coordination gériatrique, l'EHPAD contrevient à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	Prescription 2 : organiser annuellement une commission de coordination gériatrique, conformément à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	1.13 Réunion 2023 avec les professionnels libéraux	Les seuls libéraux intervenant au sein de l'établissement sont les kinésithérapeutes.	Il est déclaré que l'EHPAD compte comme seuls intervenants libéraux des kinésithérapeutes. Il est également précisé qu'en 2022 et 2023 une réunion a été organisée avec eux, sans formalisation des échanges. Celle organisée en décembre 2024 a fait l'objet d'un relevé de décisions, qui est transmis. Étaient présents les 4 kinésithérapeutes libéraux et pour le CH, la directrice, la responsable qualité et la directrice des soins. Les 3 points évoqués en réunion concernent l'activité des kinésithérapeutes. Ces temps d'échanges annuels s'inscrivent dans le cadre habituel des relations entre le CH et les intervenants extérieurs et ils ne peuvent se substituer à la commission de coordination gériatrique dont le rôle est encadré par la réglementation. Il est rappelé que la commission de coordination gériatrique a de l'intérêt pour les professionnels soignants de l'EHPAD, en favorisant l'échange et la réflexion pluridisciplinaire (médecin, soignant, kinésithérapeutes, pharmaciens, psychomotriciens, APA, ...), 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 libéraux) intervenants au sein de l'établissement. La mise en place de la commission de coordination gériatrique (CCG) s'impose donc.
							La prescription 2 est maintenue, dans l'attente de la mise en place effective de la commission de coordination gériatrique. Il n'est pas attendu de document probant en retour.
1.14 Le rapport d'activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2022).	Oui	Le RAMA 2023 de l'EHPAD a été remis. Il est très complet. Toutefois, il n'est pas signé conjointement par le MEDEC et la directrice de l'EHPAD.	Ecart 3 : en l'absence de signature conjointe du RAMA par le MEDEC et la directrice d'établissement, l'EHPAD contrevient à l'article D312-158 alinéa 10 du CASF.	Prescription 3 : signer conjointement le RAMA par le MEDEC et la directrice d'établissement, conformément à l'article D312-158 alinéa 10 du CASF.	1.14 RAMA 2023 signé	Fait	Dont acte. La prescription 3 est levée.
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	L'établissement n'a transmis qu'un seul EIG pour 2022 et 2023 relatif à une iatrogénie médicamenteuse (sans risque pour le résident), couplée à des relations conflictuelles avec la famille. Aucun autre EIG n'a été remis alors que le bilan des FEI-2022 présente un fait de maltraitance et que celui de 2023 indique que 4 EI sont relatifs à un "comportement agressif voire violent de certains usagers". Cela pose question quant au bon signalement sans délai, de tout dysfonctionnement grave dans la gestion et l'organisation de l'EHPAD de 156 places, susceptible d'affecter la prise en charge des résidents.	Ecart 4 : en l'absence de signalement sans délai de tout dysfonctionnement grave dans son organisation susceptible d'affecter la prise en charge des résidents, l'EHPAD contrevient à l'article L331-8-1 CASF.	Prescription 4 : signaler sans délai, aux autorités compétentes, tout dysfonctionnement grave susceptible d'altérer la prise en charge des résidents, conformément à l'article L331-8-1 CASF.	1.15 Procédure de signalement externe	Pour répondre à votre critère, nous n'avons transmis que le dernier signalement externe réalisé. Nous complétons notre envoi avec la procédure de signalement externe existante au sein de l'établissement. Les événements à déclarer sont liés à un niveau de gravité, précisé dans nos procédures. Parmi ceux que vous relevez, ils ne relèvent pas à notre sens de la définition de l'article L331-8-1 du CASF: - pour 2 d'entre eux, ce sont des troubles du comportement qui ont donc été traités dans le cadre du projet d'accompagnement, et qui ont permis de ne pas mettre en danger les résidents, - pour 2 autres, les troubles ont provoqué l'agression des soignants. De la même manière, un accompagnement du résident a été mis en place. Pour tous, il a été acté le besoin de formation et d'accompagnement de l'équipe, exprimant sa difficulté de positionnement face à des troubles productifs du comportement, qui sont pour autant des objectifs d'accompagnement en EHPAD. Vous trouverez ci joints les déclarations afférentes	Les explications transmises éclairent sur les modalités de gestion des EIG réalisées en interne. Les éléments remis permettent de lever la prescription 4 .
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'évènement, réponse apportée à l'analyse des causes ? Joindre le tableau de bord EI/EIG qui mentionne ces actions en 2022 et en 2023.	Oui	Le tableau de bord des EI/EIG de 2022 et 2023 de l'EHPAD n'a pas été remis. Le bilan des FEI-2022 et de 2023 ont été transmis ainsi que deux procédures, l'une relative à la gestion des EI ou gestion des risques a posteriori et l'une sur le signalement externe d'un EI. A leur lecture, il est relevé que la procédure de gestion des EI ou gestion des risques a posteriori limite la définition de l'EI au seul EIGS.	Remarque 6 : la procédure de gestion des EI ou gestion des risques a posteriori ne définit pas ce qu'est un EIG, mais un EIGS, ce qui peut être source de confusion pour les professionnels.	Recommendation 6 : mettre à jour la procédure de gestion des EI ou gestion des risques à posteriori en définissant ce qu'est un EIG et un EIGS.	1.16 Procédure de gestion des EI (interne)	Dans la procédure de déclaration interne, les 2 définitions sont bien présentes (p3 de la procédure de signalement interne, définition correspondante à celle donnée par l'HAS). Nous avons rajouté à nouveau les définitions p 5 (et elles sont également illustrées pour aider à la déclaration par les professionnels p6)	La procédure de gestion des EI ou gestion des risques a posteriori a été mise à jour. La recommandation 6 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 composition du CVS a été remise. Le CVS est composé de : - 3 représentants des personnes accueillies "invitées selon les possibilités", alors que, selon la réglementation, ces derniers doivent être élus, - 3 représentants des familles et représentants légaux et une suppléante, - une représentante des mandataires judiciaires, - une représentante du personnel et une suppléante, - une représentante des bénévoles et une suppléante, - une représentante de l'organisme gestionnaire, - le MEDEC, - une représentante des membres de l'équipe médico-soignante (cadre supérieur de santé).	Ecart 5 : en ne procédant pas aux élections des représentants des personnes accompagnées au CVS, l'établissement contrevient à l'article D311-10 du CASF.	Prescription 5 : procéder aux élections des représentants des personnes accompagnées tel que le prévoit l'article D311-10 du CASF.	1.17 Projet d'actualisation du règlement intérieur du CVS	Le projet d'actualisation est prêt et sera à l'ordre du jour de la prochaine réunion du CVS, le 05/07/2024.	Le règlement intérieur du CVS a été modifié pour introduire l'élection des résidents (article 2-Elections). Toutefois, il était attendu des informations sur l'organisation effective des élections des représentants des résidents, puisqu'actuellement, les résidents qui assistent au CVS ne sont pas élus. La prescription 5 est maintenue, dans l'attente des élections des représentants des résidents. Il n'est pas attendu de document probant en retour.
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 remis. Le compte rendu du CVS du 29/03/2023 joint à la question suivante atteste que le CVS a bien adopté son règlement. A la lecture de ce dernier, il est relevé qu'il ne prévoit pas le processus électoral pour les représentants des résidents et les représentants des professionnels.	Remarque 7 : l'absence de présentation dans le règlement intérieur du CVS du processus électoral pour le siège de représentants des résidents et des représentants des professionnels ne permet pas de fixer le cadre établi pour leur élection.	Recommendation 7 : inscrire dans le règlement intérieur du CVS le processus électoral pour les représentants des résidents et les représentants des professionnels.	1.17 Projet d'actualisation du règlement intérieur du CVS	Le projet d'actualisation est prêt et sera à l'ordre du jour de la prochaine réunion du CVS, le 05/07/2024.	Il est bien noté que le règlement intérieur du CVS a été complété de la mention portant sur l'élection des représentants des résidents et des professionnels. La recommandation 7 est levée.
1.19 Joindre les 3 PV du CVS de 2022 et de 2023	Oui	7 comptes rendus de CVS ont été remis : 27/04/2022, 27/09/2022, 15/11/2022, 13/12/2022, 29/03/2023, 11/10/2023 et 08/11/2023. Les comptes rendus sont bien formalisés et font état de points de présentation sur des sujets variés intéressant la prise en charge des résidents et des questions posées par les familles/résidents. Il est relevé le travail important effectué par le CVS pour anonymiser les comptes rendus ainsi que les efforts fournis par le Président du CVS pour assurer l'expression libre de tous les membres de l'instance, dans un contexte qui semble conflictuel avec l'un des membres du CVS. Il est également relevé que les comptes rendus remis ne sont plus signés par le Président du CVS à partir du 29/03/2023. L'établissement veillera à ce qu'il soit le seul signataire des comptes rendus.	Ecart 6 : en l'absence de signature des comptes rendus du CVS par le Président, l'établissement contrevient à l'article D311-20 du CASF.	Prescription 6 : faire signer les comptes rendus par le seul Président du CVS, conformément à l'article D311-20 du CASF.	1.19 CR CVS signés	Le président du CVS a signé les comptes rendus du CVS.	Il est pris acte de la déclaration de l'établissement. La prescription 6 est levée.
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 2024 ? Joindre le justificatif.	Oui	Deux arrêtés ont été remis, celui du 21/11/2024 et celui du 31/08/2018. Ils attestent que l'établissement est autorisé pour 156 places dont 3 places en hébergement temporaire et 8 places en accueil de jour.					
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'activité réalisée en 2023 pour l'hébergement temporaire est de 683 journées en 2023 soit un taux d'occupation de 62%. Le taux d'occupation de l'accueil de jour est de 91% pour un total de 1738 journées. Il n'est pas précisé l'année de référence dans le document.					

<p>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.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le projet de l'accueil de jour a été remis. Il ne comporte pas de date, ce qui ne permet pas de s'assurer de son actualisation. Aucun projet lié à l'hébergement temporaire n'a été remis.</p>	<p>Remarque 8 : en l'absence de date sur le projet d'accueil de jour, l'établissement n'atteste pas que ce dernier a été actualisé il y a moins de cinq ans. Ecart 7 : 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>Recommandation 8 : inscrire la date d'actualisation du projet de l'accueil de jour sur le document. Prescription 7 : 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>2.3. Projet de service de l'ADJ daté 2.3. Projet de service de l'hébergement temporaire</p>	<p>Fait</p>	<p>Le projet de service de l'accueil de jour (AJ) est daté du 15/03/2024. Le projet de service de l'hébergement temporaire (HT) date de 2012, mis à jour en mai 2024. Les documents expliquent bien l'organisation et les modalités de prise en charge des personnes accueillies sur les 2 dispositifs. Les recommandations 8 et 9 sont levées.</p>
<p>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.</p>	<p>Oui</p>	<p>Selon le planning du mois de mars 2024 de l'accueil de jour, cette unité bénéficie de 1 ETP d'ASG et 1,5 ETP d'AMP. L'ergothérapeute, la psychologue, la psychomotricienne et la cadre interviennent chacun à hauteur de 0,10 ETP par mois sur l'accueil de jour. Il n'est rien précisé sur la mise en place d'une équipe dédiée à l'hébergement temporaire, ce qui laisse supposer que l'établissement n'en dispose pas.</p>	<p>Remarque 9 : l'absence de personnel dédié pour prendre en charge les résidents accueillis sur les 3 places d'hébergement temporaire n'atteste pas que la prise en charge pour ce public est organisée et adaptée aux besoins de ces résidents.</p>	<p>Recommandation 9 : organiser et formaliser la prise en charge du public accueilli sur les 3 places d'hébergement temporaire, avec du personnel dédié.</p>	<p>2.3. Projet de service de l'hébergement temporaire</p>	<p>Les 3 lits d'HT sont répartis dans les 3 services d'EHPAD. Les effectifs HT sont mutualisés avec l'EHPAD sur le terrain mais sont identifiés financièrement. Dans l'objectif d'accueil en urgence dans le cadre d'une orientation CRT, cela nous permettra d'utiliser un lit non identifié avec des équipes qui ont toutes l'habileté des spécificités de ce type d'accueil</p>	<p>Il est bien pris en compte l'organisation retenue et l'implantation des 3 places d'HT, qui ne sont pas regroupées dans une même unité. La recommandation 9 est donc levée.</p>
<p>2.5 Quelle est sa composition en indiquant la qualification pour chaque poste occupé ? Joindre les diplômes.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les diplômes d'AS et d'AMP ont été remis. Il est relevé que Mme D. G. n'est pas titulaire du diplôme d'AMP, mais d'aide-soignant.</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'accueil de jour mis à jour le 05/08/2023 a été remis, mais pas celui de l'hébergement temporaire. A la lecture du règlement de fonctionnement de l'EHPAD, il est relevé que ce dernier ne prévoit pas les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'hébergement temporaire.</p>	<p>Ecart 8 : 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 8 : 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>2.6. Règlement de fonctionnement EHPAD FAM HT actualisé</p>	<p>Projet de règlement de fonctionnement EHPAD FAM HT actualisé Validation en instances en juillet 2024</p>	<p>Le règlement de fonctionnement du FAM, de l'EHPAD et de l'HT a été remis comme élément probant. Il est daté de mai 2024. Les modalités d'organisation de l'hébergement temporaire sont bien intégrées dans le règlement de fonctionnement. La prescription 8 est levée.</p>