

RAPPORT de CONTROLE le 14/05/2025

EHPAD L'ECLAIRIE à LA MOTTE\_73

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

Thématique: CSP 13/Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : CROIX ROUGE FRANCAISE

Nombre de places : 82 places dont 12 places en UVG et 1 place en HT

Questions	Fichiers déposés OUI / NON	Analyse	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>							
<b>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.</b>	Oui	L'organigramme de l'EHPAD au 15/11/2024 a été remis. Il présente les liens hiérarchiques entre les professionnels de l'EHPAD.					
<b>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.).</b>	Oui	L'établissement déclare 15 postes vacants sans précision du nombre d'ETP correspondant : - 1 poste d'infirmier (IDE), - 11 postes d'aides-soignants (AS), - 3 postes d'assistant de service hospitalier (ASH). Il s'agit d'un nombre conséquent de postes vacants sur le soins, 12 postes sont concernés. Il est déclaré que ces derniers sont remplacés par des intérimaires pour les IDE ou des contrats à durée déterminée (CDD) pour les IDE et les AS via des agences d'intérim. Cependant, l'établissement ne précise pas le nombre d'ETP occupés par ces CDD. Les ASH sont remplacés par des CDD, il n'est pas non plus précisé le nombre d'ETP occupés par des CDD.	<b>Ecart 1 :</b> Le nombre important de postes vacants des aides-soignants peut entraîner des difficultés de continuité de service, ce qui ne garantit pas le respect de la sécurité de la prise en charge prévue à l'article L311-3 alinéa 1 du CASF.	<b>Prescription 1 :</b> Procéder au recrutement pérenne de soignants diplômés (AS/AMP/AES) pour stabiliser les équipes et assurer la continuité de la prise en charge et le respect de la sécurité des résidents prévu à l'article L311-3 alinéa 1 du CASF.	<b>1_2_postes_vacants_et_replacement</b>	A ce jour, nous n'avons plus de postes vacants IDE, tous les postes sont pourvus par des CDI au niveau AS Deux salariés en alternance avec un parcours partiel et devront rejoindre l'équipe fin du premier semestre 2026 Nous avons également deux salariés qui partent en formation AS dès septembre 2025 financés par la CRF. Deux de nos salariés ASH en parcours VAE, un retour de salarié en CDI de l'école reprise le 28 juillet 2025,	Il est pris acte du recrutement récent d'un IDE au sein de l'EHPAD. S'agissant des 11 postes d'aides-soignants (AS) actuellement vacants, l'établissement indique avoir engagé plusieurs démarches de formation : - deux professionnels en alternance présents jusqu'au premier semestre 2026, - deux agents de service hospitalier (ASH) en cours de validation des acquis de l'expérience (VAE), - deux professionnelles en cours de formation d'aide-soignante (septembre 2025 à septembre 2026).
							Ces actions traduisent les efforts de l'établissement en vue de stabiliser durablement l'équipe soignante. Toutefois, il apparaît qu'à ce jour, la situation des ressources humaines reste fragile, avec un fonctionnement reposant majoritairement sur des CDD et du personnel intérimaire.
							Il est également relevé, au regard du document transmis, qu'actuellement les postes d'ASH vacants sont occupés par des CDD.
							<b>La prescription 1 est maintenue.</b>
<b>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).</b>	Oui	La Directrice est titulaire du Master en gestion/sciences économiques, sciences politiques, sociologie à finalité professionnelle, mention économie et gestion des systèmes de santé et de protection sociale, spécialité économie et management des services de santé (niveau 7). Ce document atteste qu'elle dispose du niveau nécessaire pour exercer ses missions.			<b>diplome_Directeur_1_1</b>	<b>Changement de directeur, ci-joint le diplôme du directeur CAFDES</b>	Le CAFDES du nouveau Directeur de l'établissement a été remis. Ce document atteste de son niveau de qualification.
<b>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 ?</b>	Oui	La délégation de pouvoirs du Directeur territorial au Directeur d'établissement a été remise. Ce document prévoit bien la nature et l'étendue de la délégation en matière de : -gestion et animation des ressources humaines ; -gestion budgétaire, financière et comptable en application des articles R. 314-55 ; -coordination avec les institutions et intervenants extérieurs. Cependant, le document ne présente pas la délégation concernant la conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement de l'EHPAD.	<b>Ecart 2 :</b> Le DUD de la Directrice de l'EHPAD ne précise pas la nature et l'étendue de la délégation en matière de conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement de l'EHPAD, ce qui contrevient à l'article D312-176-5 du CASF.	<b>Prescription 2 :</b> Compléter le DUD en intégrant la nature et l'étendue de la délégation en matière de conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement de l'EHPAD conformément à l'article D312-176-5 du CASF et transmettre le document.	<b>1_2_postes_vacants_et_replacement</b>	Le DUD du nouveau directeur a été déposé sur la plateforme ainsi que le diplôme, nous avons joints la fiche de poste qui précise l'étendue de la délégation	Le DUD en date du 01/07/2025 du Directeur a été remis. A sa lecture, il est relevé que le document ne précise toujours pas la nature et l'étendue de la délégation en matière de conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement. D'autant plus que la fiche de poste du Directeur, également remise, mentionne bien cette responsabilité qui lui incombe. L'établissement veillera à la cohérence des deux documents.
							<b>La prescription 2 est maintenue.</b>
<b>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.</b>	Oui	La procédure d'astreinte a été remise. Elle précise que l'astreinte repose sur 4 salariés : directeur, comptable, IDEC et responsable hôtelier, ce qui concorde avec le planning d'astreinte remis. La procédure précise qu'une mallette contenant des procédures, les contacts des contrats de maintenance et les plannings, est mise à disposition. En revanche, une incohérence est relevée entre la procédure d'astreinte et le planning. La procédure indique que chaque salarié concerné assure une semaine d'astreinte selon un roulement, débutant le lundi à 8h, se poursuivant chaque soir de 18h à 8h le lendemain, avec une astreinte continue le week-end jusqu'au lundi suivant à 8h. Alors que le planning d'astreinte transmis mentionne une période de couverture allant du jeudi au jeudi suivant, en contradiction avec les modalités prévues par la procédure.	<b>Remarque 1 :</b> L'incohérence entre la période couverte de l'astreinte indiquée dans la procédure d'astreinte et le planning d'astreinte entraîne un risque de confusion.	<b>Recommendation 1 :</b> Rétablir la cohérence du rythme de l'astreinte indiquée dans la procédure d'astreinte et le planning d'astreinte et transmettre les documents.	<b>1_2_postes_vacants_et_replacement</b>	Mise à jour de la procédure d'astreinte en lien avec le planning et la réalité du terrain.	La nouvelle procédure d'astreinte a été remise. Elle mentionne la mise en place d'un nouveau roulement d'astreinte, mais ce dernier manque de clarté. En effet, il mentionne que l'astreinte débute le vendredi soir à 17h et se termine le vendredi suivant à la même heure tout en précisant par la suite que l'astreinte débute le vendredi soir à 17h et se termine le lendemain à 8h. Par ailleur, il est rappelé que la mission pointait l'incohérence relevée entre la procédure d'astreinte et le planning concernant le roulement d'astreinte. En effet, les deux documents mentionnaient des rythmes d'astreinte différents. Or, le planning d'astreinte n'a pas été transmis, ce qui ne permet pas d'attester de la cohérence du rythme de l'astreinte indiqué dans les deux documents.
							<b>La recommandation 1 est maintenue.</b>
<b>1.6 Un CODIR régulier est-il mis en place au sein de l'EHPAD ? joindre les 3 derniers comptes rendus.</b>	Oui	Trois comptes rendus de CODIR ont été remis : 05/11/2024, 14/11/2024 et 28/11/2024. Cette transmission atteste de la régularité d'organisation du CODIR sur cette période. Les comptes rendus précisent les échanges tenus en rapport avec l'ordre du jour ainsi que l'état d'avancement des sujets traités (à suivre, à définir, etc.). Le CODIR aborde des sujets relatifs à la gestion de l'EHPAD, à son organisation et traite également de points se rapportant à la prise en charge des résidents.					
<b>1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? joindre le document.</b>	Oui	Le projet d'établissement transmis couvre la période 2017-2021 et n'a pas été actualisé depuis. Il est déclaré que suite à la succession de plusieurs directeurs, le projet d'établissement n'a pu être actualisé.	<b>Ecart 3 :</b> En l'absence de projet d'établissement valide, l'EHPAD contrevert à l'article L311-8 du CASF.	<b>Prescription 3 :</b> Se doter d'un projet d'établissement actualisé conformément à l'article L311-8 du CASF.		La mise à jour du projet d'établissement est programmée sur le dernier trimestre 2025	Il est bien pris note de l'engagement de l'établissement à programmer la mise à jour du projet d'établissement à la fin d'année 2025.
							<b>La prescription 3 est maintenue dans cette perspective.</b>
<b>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.</b>	Oui	Pour rappel, il est déclaré que suite à la succession de plusieurs directeur, que le projet d'établissement n'a pu être actualisé. La Direction s'engage à inscrire la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance dans le prochain projet d'établissement.	<b>Ecart 4 :</b> En l'absence de projet d'établissement intégrant la politique de prévention de l'établissement, l'EHPAD contrevert à l'article D311-38-3 du CASF.	<b>Prescription 4 :</b> Développer dans le prochain projet d'établissement l'ensemble des attentes réglementaires concernant la politique de prévention de la maltraitance dans le prochain projet d'établissement, conformément à l'article D311-38-3 du CASF.		prévue lors de la réécriture du PE	Il est pris note de l'engagement de l'établissement à développer dans son prochain projet d'établissement l'ensemble des attentes réglementaires concernant la politique de prévention de la maltraitance.
							<b>La prescription 4 est maintenue.</b>
<b>1.9 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? joindre le document.</b>	Oui	Le règlement de fonctionnement a été consulté par le CVS et adopté lors du conseil de surveillance en février 2021. Il est conforme aux attentes réglementaires. En revanche, sa lecture appelle les remarques suivantes : - l'établissement propose le marquage du linge dont "le tarif de cette prestation est indiqué dans la liste des tarifs hébergement et prestations annexes". Or, le marquage du linge constitue une prestation sociale et ne peut être facturé ; - l'établissement n'autorise pas les animaux de compagnies. Or, selon la réglementation en vigueur, l'établissement doit autoriser l'admission des animaux de compagnie des résidents, sauf avis contraire du CVS.	<b>Ecart 5 :</b> En facturant le marquage du linge personnel des personnes accueillies, l'établissement contrevert à l'annexe 2-3-1 du CASF.	<b>Prescription 5 :</b> Inclure la prestation de marquage du linge personnel des personnes accueillies dans les prestations sociales de l'EHPAD, conformément à l'annexe 2-3-1 du CASF.		Fin de la facturation actée au 1 er juillet, le RI joint dans les documents a été modifié en prenant en compte l'article L311-9-1, il sera présenté au cvs de septembre pour avis	Le projet de règlement de fonctionnement a été remis. Le document est très complet et correspond aux attentes réglementaires.
			<b>Ecart 6 :</b> En refusant l'accueil des animaux de compagnies des résidents, sans avis express du CVS, l'établissement contrevert à l'article L311-9-1 du CASF.	<b>Prescription 6 :</b> Consulter le CVS concernant l'accueil des animaux de compagnie des résidents et inscrire la décision dans le règlement de fonctionnement conformément à l'article L311-9-1 du CASF.			<b>Les prescriptions 5 et 6 sont levées.</b>

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	Le contrat à durée déterminée, couvrant la période du 15/07/2024 au 15/07/2025, a été remis. Ce contrat prévoit qu'elle assure l'intérim du poste de Responsable d'équipe au sein d'une unité de soins paramédicaux. Cette mission s'inscrit dans la période de transition entre le départ de l'actuelle titulaire du poste, employée en qualité d'infirmière coordinatrice jusqu'au 31/08/2024, et la prise de fonctions effective de cette même personne, recrutée par ailleurs en contrat à durée indéterminée pour occuper ce même poste, mais actuellement dans l'incapacité d'assurer ses fonctions.						
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	Il est déclaré que l'IDEC en poste n'a pas de formation spécifique. Il est relevé que l'absence de formation spécifique au management d'équipe peut mettre en difficulté l'IDEC dans l'accomplissement de ses missions.	<b>Remarque 2 :</b> L'IDEC en poste ne dispose pas de formation lui permettant d'assurer ses missions d'encadrement sans difficulté.	<b>Recommendation 2 :</b> Soutenir l'IDEC dans un processus de formation pour acquérir des compétences managériales.	Le plan de formation CRf prévoit une formation pour les IDEC, une nouvelle IDEC prend sa fonction au 8/08/2025	Il est bien pris note que l'organisme gestionnaire prévoit des formations pour les IDEC et qu'une nouvelle IDEC a pris ses fonctions le 08/08/2025. Pour autant, aucun document n'atteste qu'elle a déjà suivi une formation au management d'équipe et/ou si elle est bien inscrite à la formation proposée par l'organisme gestionnaire.	<b>La recommandation 2 est donc maintenue.</b>	
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	Le contrat de travail à durée indéterminée du 11/05/2005 de a été remis. Il précise qu'elle est recrutée en qualité de médecin généraliste - médecin coordonnateur à hauteur de 0,30 ETP. L'avenant du 22/12/2014 a été remis. Il augmente le temps de travail du MEDEC à hauteur de 0,50 ETP. Le planning remis concorde avec l'avenant au contrat. Cependant, le temps de travail du MEDEC est inférieur au seuil fixé par la réglementation. Pour rappel, le temps de travail du MEDEC ne peut être inférieur à 0,60 ETP pour les EHPAD de 82 places autorisées.	<b>Ecart 7 :</b> Le temps de présence du médecin coordonnateur dans l'établissement n'est pas conforme aux exigences de l'article D 312-156 du CASF.	<b>Prescription 7 :</b> 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.	Le médecin coordonnateur a déposé sa démission pour le 1er octobre 2025, le poste a été publié avec une quotité de 0,60 etp , le prochain contrat de travail sera conforme à l'article D312-159-1 du CASF	Il est pris note de la démission du MEDEC au sein de l'EHPAD et de l'engagement de l'établissement à recruter un MEDEC à hauteur de 0,60 ETP et à formaliser son contrat de travail selon la réglementation.	<b>En conséquence, les prescriptions 7 et 8 sont levées.</b>	
1.13 Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? Joindre le ou les justificatifs.	Oui	Le certificat provisoire de la capacité de gérontologie du MEDEC ainsi que le DU de coordination médicale d'EHPAD ont été remis. Ils attestent de son niveau de qualification pour exercer les missions de MEDEC.						
1.14 La commission de coordination gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle annuellement ? Joindre les 3 derniers procès-verbaux.	Oui	L'établissement déclare qu'il n'a "pas encore mis en place de commission de coordination avec les autres gériatries". Il est rappelé que la commission de coordination gériatrique (CCG) 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.	<b>Ecart 9 :</b> En l'absence de tenue de la commission de coordination gériatrique, l'EHPAD contrevient à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	<b>Prescription 9 :</b> Réunir la commission de coordination gériatrique au moins une fois par an, en vertu de l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	En lien avec les prescriptions 7 et 8	La réponse de l'établissement fait état de la démission du MEDEC. Celle-ci sera effective au 1er octobre 2025. Cependant, il est rappelé que l'organisation de la commission de coordination gériatrique est une obligation légale pour l'EHPAD, avec ou sans médecin coordonnateur. Il convient donc que l'établissement organise la commission de coordination gériatrique avec le concours de l'IDEC nouvellement embauchée, et ce notamment afin d'organiser l'intervention des professionnels médicaux et paramédicaux au sein de l'EHPAD en l'absence de médecin coordonnateur.	<b>La prescription 8 est maintenue.</b>	
1.15 Le rapport d'activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2023).	Oui	Le RAMA 2023 a été remis. Ce document apparaît davantage comme un document de travail non finalisé. A ce titre, il est relevé que les parties, soulignées en jaune, comportent encore les données de 2022 ou de 2021.	<b>Ecart 10 :</b> En l'absence de transmission du RAMA 2023 actualisé et finalisé, l'établissement contrevient à l'article D312-158 du CASF.	<b>Prescription 10 :</b> Transmettre le RAMA 2023 actualisé et finalisé conformément à l'article D312-158 alinéa 10 du CASF.	document déposé	Le RAMA 2023 remis est incomplet. En effet, il ne comporte pas les pages paires du document. Néanmoins, ce fichier permet d'attester de l'élaboration du RAMA. Il s'avère que le document aborde l'évolution de l'état de santé et de dépendance des résidents ainsi que la gestion des risques liés à leur pathologie (escarre, chutes, dénutrition, etc.).	<b>La prescription 9 est levée.</b>	
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	L'établissement déclare qu'il n'y a pas eu d'EIG en 2023 en 2024. Toutefois, la mission a eu connaissance en interne d'un EIG signalé à l'ARS en 2023. Ce qui atteste du signalement d'au moins un EIG sur la période.						
1.17 L'établissement s'est-il doté d'un dispositif de gestion globale des EI/EIG comportant : la déclaration en interne, le traitement de l'événement, l'analyse des causes et le plan d'action pour y remédier ? Joindre tout document le prouvant, dont le tableau de bord des EI/EIG de 2023 et 2024.	Oui	Trois documents ont été remis : le formulaire vierge de transmission de l'information aux autorités administratives (document interne), la fiche vierge de déclaration des événements indésirables et la procédure gestion d'un événement indésirable grave en établissements et services. La transmission de ces documents atteste que l'établissement dispose d'outil facilitant la déclaration des EI/EIG/EIGS survenu au sein de l'EHPAD et que les professionnels disposent d'une procédure les accompagnant à la déclaration. Pour autant, il était attendu la transmission du tableau de bord des EI/EIG 2023 et 2024 comportant la déclaration en interne de l'événement, son traitement, son analyse des causes et son plan d'action pour y remédier.	<b>Remarque 3 :</b> en l'absence de transmission du tableau de bord comportant la déclaration interne des EI/EIG, le traitement de l'événement, l'analyse des causes et le plan d'action pour y remédier, il n'est pas possible de vérifier les modalités de gestion et de suivi des EI/EIG en interne à l'établissement.	<b>Recommendation 3 :</b> transmettre le tableau de bord comportant les déclarations internes des EI/EIG, leur traitement, leur analyse des causes et le plan d'action pour y remédier, pour 2023 et 2024.	document déjà transmis	La réponse de l'établissement n'est pas satisfaisante. Aucun tableau de bord comportant les déclarations internes des EI/EIG, leur traitement, leur analyse des causes et le plan d'action pour y remédier, pour 2023 et 2024 n'a été remis. En son absence, l'établissement n'atteste pas du suivi des événements indésirables.	<b>La recommandation 3 est maintenue.</b>	
1.18 Transmettre la dernière décision instituant le CVS. Joindre le document.	Oui	Il a été remis la liste des candidats à l'élection du CVS de mars 2022. Pour rappel, il était demandé la décision instituant le CVS. A la lecture des procès-verbaux de CVS remis à la question suivante, il est relevé que seul celui du 19/09/2024 présente comme représentante des salariés et non plus comme représentante de l'établissement ou de l'institution au coté de la direction de l'EHPAD. Les procès-verbaux ne précisent pas non plus si un représentant de l'organisme gestionnaire siège au CVS.	<b>Ecart 11 :</b> En l'absence de transmission de la décision instituant le CVS, l'établissement n'atteste pas que sa composition est conforme à l'article D311-5 du CASF.	<b>Prescription 11 :</b> Transmettre la décision instituant tous les membres du CVS afin de vérifier sa conformité avec l'article D311-5 du CASF.	décision_de_composition_du_cv	document déposé	La décision d'institution du CVS daté du 30/07/2025 a été remise. Ce document n'est pas signé et fait encore référence à la désignation du représentant des professionnels par le CSE, ce qui interroge quant à la conformité des élections des représentants des professionnels.	
1.19 Transmettre la dernière mise à jour du règlement intérieur du CVS ainsi que le procès-verbal du CVS s'y rapportant.	Oui	L'établissement déclare qu'il n'a pas de règlement intérieur du CVS ni de compte rendu s'y rapportant.	<b>Ecart 13 :</b> En l'absence du règlement intérieur du CVS, l'EHPAD contrevient à l'article D311-19 du CASF	<b>Prescription 13 :</b> Doter le CVS d'un règlement intérieur, conformément à l'article D311-19 du CASF.	règlement_CVS	Le RI a été abordé au CVS du mois de juin, il sera de nouveau abordé en septembre pour son adoption par les membres	Le projet de règlement intérieur du CVS a été remis. Le document est complet et conforme aux attentes réglementaires.	<b>La prescription 12 est levée.</b>
1.20 Joindre pour 2023 et 2024, l'ensemble des procès-verbaux des réunions du CVS.	Oui	Quatre procès-verbaux de CVS ont été remis : 27/06/2023, 22/02/2024, 16/05/2024 et 19/09/2024. A la lecture du procès-verbal du 27/06/2023, il est relevé que le CVS s'est également réuni le 11/05/2023, mais aucun procès-verbal n'a été remis. Il est noté que le CVS ne s'est donc pas réuni trois fois en 2023. Les procès-verbaux 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. En revanche, il est relevé qu'aucun d'eux n'est signé par le Président du CVS.	<b>Ecart 14 :</b> en l'absence de signature des comptes rendus du CVS par le Président, l'établissement contrevient à l'article D311-20 du CASF.	<b>Prescription 14 :</b> faire signer les comptes rendus par le seul Président du CVS, conformément à l'article D311-20 du CASF.		Le dernier compte rendu du cvs est en cours d'écriture et fait l'objet de navette entre les membres, il sera signé par le président tout comme la convocation et l'ordre du jour	Dont acte. Le règlement intérieur du CVS mentionne également que les comptes rendus du CVS sont signés par le Président du CVS.	<b>La prescription 13 est levée.</b>

2- Accueil Temporaire (Accueil de Jour et/ou Hébergement Temporaire)						
2.1 Si hébergement temporaire : préciser le taux d'occupation de l'hébergement temporaire pour l'année 2023 et le 1er semestre 2024.  Si accueil de jour : transmettre la file active pour l'année 2023 et le 1er semestre 2024.  Joindre les justificatifs.	Oui	L'ERRD 2023 a été remis, il mentionne un taux d'occupation faible pour 2023, de l'ordre de 34,79 %. L'établissement ne transmet pas le taux d'occupation de l'hébergement temporaire pour le premier semestre 2024.	<b>Remarque 4 :</b> Avec un faible taux d'occupation de l'hébergement temporaire en 2023, l'établissement n'atteste pas qu'il utilise son dispositif de manière efficiente.	<b>Recommendation 4 :</b> Pourvoir la place disponible en hébergement temporaire afin de garantir une offre de soins et d'accueil efficiente.	taux d'occupation à 100% depuis le 1 er juin jusqu'à fin octobre et reprise des programmation par la commission d'admission, la commission se réunit tous les jeudis	L'établissement déclare un taux d'occupation de 100% depuis le 01/06/2025.  <b>La recommandation 4 est levée.</b>
2.2 L'accueil de jour et/ou l'hébergement temporaire dispose(nt)-il(s) d'un projet de service spécifique actualisé ? Joindre le document.	Oui	Il est déclaré que l'hébergement temporaire bénéficie du même livret d'accueil que les autres modalités d'accueil de l'EHPAD. Pour rappel, il était demandé de transmettre le projet de service de l'hébergement temporaire. A la lecture du projet d'établissement remis précédemment, le document ne comprend pas de projet de service lié à l'hébergement temporaire.	<b>Ecart 15 :</b> Il n'existe pas de projet spécifique de service pour l'hébergement temporaire ce qui contrevient à l'article D312-9 du CASF.	<b>Prescription 15 :</b> Rédiger un projet de service spécifique pour l'hébergement temporaire, qui s'intègrera dans le projet d'établissement en vertu de l'article D312-9 du CASF.	partie intégrée au RI et fonctionnement page 11 du document joint	Le projet de règlement de fonctionnement de l'EHPAD intègre bien un volet sur le fonctionnement et l'organisation de l'hébergement temporaire, ce qui est conforme à la réglementation. En revanche, il est question dans la prescription 15 de l'intégration du projet de service de l'hébergement temporaire au projet d'établissement de l'EHPAD.  <b>La prescription 15 est maintenue.</b>
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 quotés de travail) et la fiche de poste du référent hébergement temporaire.	Oui	L'établissement déclare qu'il ne dispose pas d'accueil de jour, mais ne répond pas à la question de l'équipe dédiée à l'hébergement temporaire. En l'absence de réponse, l'EHPAD n'atteste pas que l'hébergement temporaire bénéficie d'au moins un référent.	<b>Remarque 5 :</b> En l'absence d'au moins un référent pour prendre en charge les personnes accueillies sur la place d'hébergement temporaire, l'établissement n'atteste pas que leur prise en charge est organisée et adaptée.	<b>Recommendation 5 :</b> Organiser et formaliser la prise en charge des personnes accueillies en hébergement temporaire, avec au moins un référent.	La mise en place de référents est effective depuis le 1er septembre 2025 dont l'hébergement temporaire, un idé est référent principal pour la chambre temporaire avec une suppléante idé également,	Il est pris acte de la mise en place d'une référente IDE à l'hébergement temporaire. Celle-ci est supplée par une autre IDE.  <b>La recommandation 5 est levée.</b>