

RAPPORT de CONTROLE le 19/10/2023

EHPAD GRAND CHENE à ANNECY_74

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

Thématique: CSP 5/ Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : Association de gestion LE GRAND CHENE

Nombre de places : 101 places dont 80 places HP et 6 places en HT + 11 places en AJ et 4 places en AN

Questions	Fichiers déposés OUI / NON	Analyse	Ecart / Remarques	Prescriptions/Recommendations envisagées	Nom de fichier des éléments	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 transmis est daté du 7 septembre 2023. Il est noté sur l'organigramme la présence d'un PASA, or sur l'arrêté d'autorisation de 2019, l'établissement ne dispose pas de places en PASA. Il est relevé une incohérence quant aux liens fonctionnels du MEDEC et des soignants. Les soignants n'étant pas sur une même partie de l'organigramme que l'équipe médicale et paramédicale, cela ne permet pas une lecture claire de l'ensemble des professionnels soignants intervenant sur l'établissement. De plus, il n'est pas précisée la composition de l'équipe dédiée à l'accueil de jour. Aucune précision n'est apportée quant aux personnes qui composent l'équipe vie sociale qui est un terme large. La partie qualité est inscrite deux fois sur l'organigramme, on peut donc s'interroger sur la définition de ses missions. Enfin, il paraît étonnant que la coordinatrice des services dispose d'un lien hiérarchique avec la cuisine, il serait plus cohérent que les cuisines relèvent de la gouvernante qui s'occupe du ménage et de la partie hôtellerie.	Remarque 1 : L'absence de liens fonctionnels entre le MEDEC et l'équipe soignante ne permet pas de s'assurer d'une bonne coordination des soins procurés aux résidents. Remarque 2 : L'absence de clarté quant à la composition de l'équipe vie sociale et de celle de l'accueil de jour, ainsi que l'utilisation de terme générique ne permet pas d'avoir une vision claire.	Recommendation 1 : Modifier l'organigramme afin d'y faire apparaître les liens fonctionnels entre le MEDEC et l'équipe soignante. Recommendation 2 : Refondre l'organigramme en y présentant la composition des équipes vie sociale et accueil de jour et en insérant davantage de cohérence dans les liens hiérarchiques et fonctionnels des professionnels.	1.1 Arrêté 2023-14-0224	L'organigramme communiqué est un organigramme hiérarchique. Il n'existe pas aujourd'hui d'organigramme faisant apparaître les liens fonctionnels. Ce document sera réalisé au cours du 1er semestre 2024. Notre établissement dispose bien d'un PASA de 14 places conformément à l'arrêté ARS n°2016-8359 et l'arrêté départemental n°17-00234. Ceci figure dans le dernier arrêté joint (n 2023-14-0224) La composition de l'équipe Accueil de Jour vous a bien été détaillée dans le point 2.5 L'équipe Vie sociale est composée de 2 animatrices qui assurent l'organisation, la coordination et le compagnonnage des agents sur les activités sociales proposées au sein de l'établissement. La coordinatrice des services dispose d'un lien hiérarchique avec les cuisines dans le cadre de l'accompagnement et du compagnonnage au management de la Gouvernante et dans le cadre d'une réorganisation du service cuisine. A terme, les cuisines reviendront sous la supervision de la Gouvernante.	Il est pris en compte le dernier arrêté ARS n°2016-8359 CD n°17-00234 portant sur la création d'un PASA. De plus, vous vous engagez à actualiser l'organigramme courant le 1er semestre 2024. Dans l'attente, les recommendations 1 et 2 sont maintenues .
1.2 Quels sont les postes vacants : préciser la nature et la qualification du ou des poste(s) ?	oui	La direction déclare qu'il y a des postes vacants sur des postes d'agents de soins (aide soignant) et d'agents hôteliers (ASH et commis de cuisine). Il n'est pas précisément indiqué combien d'ETP ces postes vacants représentent, ce qui ne permet pas de déterminer le volume des postes vacants par rapport à l'effectif total.	Remarque 3 : En l'absence de précision quant au nombre d'ETP vacant, cela ne permet pas d'attester qu'il y a suffisamment de personnel pour assurer la prise en charge des résidents.	Recommendation 3 : Préciser le nombre d'ETP soignants vacants par rapport à l'effectif total afin de s'assurer de la continuité et sécurité de la prise en charge des résidents.		Le nombre d'ETP soignant vacant est fluctuant d'un mois sur l'autre suivant les embauches, absences et départs. En moyenne, nous avons 4 ETP soignant vacants sur l'établissement dont 3 sont compensés par des remplacements ponctuels (intérim, CDD, heures supplémentaires...). La continuité et la sécurité des soins et de l'accompagnement des résidents n'ont jamais été compromises à ce jour.	L'établissement déclare 4 ETP de soignants vacants et précise qu'ils sont remplacés. La recommendation 1 est levée .
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 PPH).	oui	Le directeur dispose du diplôme Master en 2002 « Entrepreneuriat et Activités Nouvelles » et d'un DU en 2021 de « Directeur des Etablissements Sanitaires et Sociaux ».					
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 dispose d'un DUD daté du 6 juillet 2022, signé par le président de l'association et le directeur. Ce DUD énonce dans un tableau très précis la nature et l'étendue de la délégation de pouvoirs.					
1.5 Une astreinte administrative de direction est-elle organisée et formalisée ? Joindre la procédure et le calendrier du 1er semestre 2023.	oui	Au vu des documents remis, l'astreinte administrative de direction est organisée et formalisée. La procédure d'astreinte administrative est claire et complète. Le roulement de l'astreinte entre le directeur et la coordinatrice des services est bien construit.					
1.6 Un CODIR régulier concernant l'EHPAD contrôlé est-il mis en place ? joindre les 3 derniers PV	oui	L'établissement déclare "Le CODIR se réunit toutes les deux semaines lors d'une réunion d'une durée d'1h30 et une fois toutes les 6 semaines pour une réunion d'une durée de 4 heures." Le CODIR réunit le directeur, la coordinatrice des services, la gouvernante, le MEDEC, la neuropsychologue, la comptable et le cadre logistique. Cependant, l'établissement ne fait aucun PV de réunion ce qui ne permet pas d'attester de l'existence d'un CODIR.	Remarque 4 : En l'absence de PV de CODIR, il n'y a aucun élément formalisé qui retrace clairement les échanges et les décisions prises lors de cette instance.	Recommendation 4 : Rédiger à la suite de chaque CODIR un CR afin de retracer les échanges et décisions adoptées. Transmettre le prochain CR de CODIR.	1.6 PV CODIR 26102023	Nous tenons compte de votre recommandation et un PV sera établi à la suite des réunions CODIR. Vous trouverez en pièce probante le PV de la dernière réunion CODIR.	Dont acte, la recommendation 2 est levée .
1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	oui	Le projet d'établissement actuel couvre la période 2020-2025, ce dernier est très complet. Le PE a été présenté au conseil de la vie Sociale le 12/12/2019 et validé par le Conseil d'Administration le 19/12/2019. Le PE comporte des objectifs et des axes de réflexion dans un souci d'amélioration continue. Il est fait une présentation claire des unités de vie. Il est mentionné dans le PE qu'il y a un accueil de nuit de 3 lits et que celui-ci est à visée expérimentale. Or, dans l'arrêté il n'y a pas de précision concernant cette visée expérimentale de plus le nombre de lits autorisés est de 4 lits.	Ecart 1 : En l'absence d'actualisation du PE sur la partie accueil de nuit, l'EHPAD contrevent à l'article L311-8 du CASF.	Prescription 1 : Mettre à jour la partie accueil de nuit dans le PE conformément à l'article L311-8 du CASF.	1.7 PE 2020-2025	Le projet d'établissement a été mis à jour conformément aux écarts relevés.	Suite aux modifications apportées au projet d'établissement, la prescription 1 est levée .

1.8 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	oui	Le règlement intérieur transmis est daté de septembre 2022. Il a été adopté par le Conseil d'Administration le 14/04/2022 après avis du Conseil de la vie sociale en sa séance du 11/03/2022. La partie relative au CVS n'apporte aucune information sur la composition et les missions de ce dernier. De plus, celui-ci ne répond pas à la réglementation sur les points suivants : -absence des mesures relatives à la sûreté des personnes et des biens. -les mesures à prendre en cas de situation exceptionnelle ne sont pas évoquées (incendie, risque climatique exceptionnel et vigilance sanitaire). -absence des modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompues.	Ecart 2 : Le règlement de fonctionnement ne correspond pas aux attentes de l'article R311-35 du CASF.	Prescription 2 : Actualiser le règlement de fonctionnement en y intégrant les éléments fixés par l'article R311-35 du CASF.		Nous tenons compte de la prescription et nous programmons l'actualisation du règlement de fonctionnement en y intégrant les éléments fixés par l'article visé au cours du 1er trimestre 2024.	L'engagement d'actualiser le règlement de fonctionnement est pris en compte. Dans l'attente de sa transmission, la prescription 2 est maintenue.
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 disposer d'une "coordinatrice" des services internes à temps plein. La fiche de poste remise met en avant des fonctions managériales peu claires, elle "est la personne ressource pour les managers de proximité intervenant dans le projet de vie du résident". Or, il est constaté à la lecture des différents documents que cette coordinatrice n'est pas diplômée d'IDE mais est titulaire d'un Master, son positionnement est à revoir mais elle ne peut occuper les fonctions de coordinatrice qui relèvent d'une IDEC ou d'une cadre de santé. La direction identifie 0,4 ETP d'infirmier référente assurant les missions suivantes : o Suivi du Projet de Soin Infirmier o Organisation et représentation de l'équipe IDE o Gestion des risques épidémiques o Suivi et organisation des dispositifs médicaux o Asteinte de remplacement IDE. Au regard de ces missions, c'est cette infirmière qui se rapproche le plus des missions d'infirmière coordinatrice.	Remarque 5 : En l'absence de qualification d'infirmier coordinatrice ou de cadre de santé de la personne occupant les fonctions de "coordinatrice des services", l'EHPAD ne dispose pas d'une IDEC permettant la coordination des équipes soignantes et la structuration des parcours de vie des résidents.	Recommendation 5 : Identifier une infirmière coordinatrice titulaire d'un diplôme d'état d'infirmier avec une formation en coordination des parcours ou d'une infirmière ayant un diplôme de cadre de santé et revoir le positionnement de la coordinatrice des services.		Notre organisation actuelle a été réfléchie pour répondre aux besoins des résidents et des salariés. Nous faisons le constat que depuis la mise en place de ce mode d'organisation, nous avons pu réduire l'absentéisme et améliorer le dialogue social au sein de notre établissement. Nous privilégions un management de proximité et l'amélioration de la QVT, en impliquant les différentes parties prenantes, et en appuyant les différents responsables dans leurs fonctions de management et de gestion de projets. Nous n'avons pas eu à déplorer de fermeture de lits faute de personnel soignant, contrairement à de nombreux établissements du secteur. La qualité des soins reste une priorité et celle-ci est managée par une équipe de 6 IDE + medco + Neuropsy + Kiné. Il n'apparaît pas aujourd'hui de difficultés quant à la coordination des équipes soignantes et la structuration des parcours de vie	Vos observations sont prises en compte. La recommandation 5 est levée.
1.10 L'IDEC dispose-t-il/elle d'une formation spécifique à l'encadrement ? Joindre le justificatif	oui	L'infirmière référente dispose d'un diplôme d'infirmière depuis le 16 décembre 1999. La coordinatrice des services internes dispose d'un Master en sciences, technologies, santé spécialisation promotion et gestion de la santé depuis 2010. Elle n'a pas de diplôme de cadre ni même d'infirmière, au regard de ses missions celle-ci assume davantage des fonctions d'adjoint de direction. L'établissement ne dispose pas de cadre de santé.	Remarque 6 : En l'absence d'IDEC, en accordant uniquement un temps de coordinatrice des services internes portant sur des fonctions administratives appuyé d'un temps d'IDE portant sur les sujets relatifs aux soins, cette organisation ne favorise pas la bonne coordination des équipes soignantes.	Rappel recommandation 5		CF explications 1.9	Rappel : recommandation 5 est 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 MEDEC a été embauché le 25 avril 2022 pour un contrat à temps partiel soit 17,5h. Il est présent sur l'établissement les lundis et jeudis. Le MEDEC est embauché à hauteur de 0,5ETP, l'établissement énonce que ce temps ne peut être réévalué dû aux contraintes personnelles et professionnelles du MEDEC. Au regard de la capacité de l'établissement (101 résidents) le MEDEC devrait être embauché à hauteur de 0,8ETP.	Ecart 3 : Le temps de présence du médecin coordonnateur dans l'établissement est insuffisant au regard de sa capacité, ce qui ne permet pas d'assurer une bonne coordination des soins. L'EHPAD contrevient à l'article D312-156 du CASF.	Prescription 3 : Augmenter le temps de travail du médecin coordonnateur, au regard de la capacité autorisée et conformément à l'article D312-156 du CASF afin qu'il soit en capacité d'assurer l'ensemble des missions qui lui incombe.		Les personnes fréquentant l'accueil de nuit (4 places) sont majoritairement des personnes bénéficiant d'une place à l'accueil de jour. Au regard de cette situation, la capacité de l'établissement, calculé pour 101 places, ne pourra-t-elle pas être ramenée à 97 places dans l'appréciation du temps de présence du médecin coordonnateur ? Nous allons formaliser une demande d'augmentation du temps de travail à notre médecin coordonnateur afin de recueillir formellement son refus.	Effectivement, la capacité retenue peut être celle essentiellement de l'hébergement. Il n'en demeure pas moins que l'effectif opposable concernant le médecin co est de 0,6 ETP pour 86 lits. La prescription 3 est maintenue.
1.12 Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? Joindre le ou les justificatifs.	oui	Le MEDEC dispose d'une capacité en gérontologie depuis le 8 novembre 2021.					
1.13 La commission gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle régulièrement ? Joindre les 3 derniers PV.	oui	L'établissement déclare qu'il n'y a pas eu de commission gériatrique depuis 2021 faute de MEDEC, puis en 2022 à l'arrivée du MEDEC celui-ci a du reprendre les dossiers résidents et préparer la coupe PATHOS. Il est prévu une commission gériatrique pour le 19 octobre 2023. L'absence de commission gériatrique nuit à la bonne coordination des soins procurés aux résidents.	Ecart 4 : En l'absence de commission de coordination gériatrique, l'EHPAD contrevient à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	Prescription 4 : Organiser annuellement une commission de coordination gériatrique conformément à l'article D 312-158 alinéa 3 du CASF et transmettre le CR de la commission gériatrique à venir.	1.13 CR Commission gériatrique	Une commission gériatrique s'est tenue le 16 octobre 2023. Le CR de la commission est fourni.	Il a été vérifié qu'en 2023, l'EHPAD a organisé une commission de coordination gériatrique. La prescription 4 est levée.
1.14 Le rapport d'activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2022).	oui	Il a été transmis le RAMA 2022 portant uniquement sur l'HP, il n'y a pas de données concernant l'HT ou l'accueil de jour. Celui-ci n'est pas signé ni par le MEDEC ni par le directeur ce qui n'est pas réglementaire.	Ecart 5 : 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. Remarque 7 : Le RAMA a un périmètre restrictif en ne traitant pas de l'accueil de jour et de l'HT ce qui ne permet pas d'avoir une vision complète sur la prise en charge des résidents.	Prescription 5 : Signer conjointement le RAMA 2022 par le MEDEC et la directrice d'établissement, conformément à l'article D312-158 alinéa 10 du CASF. Recommendation 7 : Intégrer des données relatives à l'accueil de jour et l'HT dans le RAMA afin d'avoir une vision globale de la prise en charge des résidents.	1.14 RAMA 2022	LE RAMA 2022 a été signé conjointement par le médecin coordonnateur et le directeur. Nous prenons en compte la recommandation 7 pour l'élaboration du RAMA 2023.	Dont acte, la prescription 5 est levée. Il est noté votre engagement dans le cadre de la rédaction prochaine du RAMA 2023 de l'étayer de données spécifiques aux résidents de l'accueil temporaire. La recommandation 7 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 des 6 derniers mois.	oui	L'établissement a transmis une procédure de "prévention et signalement de la maltraitance dans l'établissement" et un mode opératoire de "déclaration d'EI et gestion des FEI". La transmission de ces documents n'attestent pas que l'établissement ait une pratique régulière de signalement aux autorités de contrôle. La direction déclare ne pas avoir eu de signalement à faire au cours de ces 6 derniers mois. En l'absence de tableau de bord des EI/EIG sur les six derniers mois, l'établissement n'atteste pas qu'aucun EI/EIG ne nécessite un signalement sans délai aux autorités compétentes, de tout dysfonctionnement grave dans sa gestion et son organisation, susceptible d'affecter la prise en charge des usagers. Il paraît étonnant que l'établissement n'ait pas rencontré ces 6 derniers mois des situations nécessitant une déclaration aux autorités de tutelle telles quelles sont citées dans l'arrêté du 28/12/16.	Ecart 6 : En l'absence de tableau de bord des EI/EIG sur les six derniers mois, l'établissement n'atteste pas qu'aucun EI/EIG ne nécessite un signalement sans délai aux autorités compétentes, tel que prévu à l'article L331-8-1 du CASF.	Prescription 6 : Transmettre à la mission le tableau de bord des EI/EIG des six derniers mois permettant à l'établissement d'attester qu'aucun EI/EIG ne nécessite une déclaration aux autorités de contrôle tel que prévu par l'article L331-8-1 du CASF.		Le tableau de bord vous a été fourni, vous l'avez d'ailleurs exploité pour établir des recommandations au 1.16.	Il est rappelé que la demande portait sur les 6 derniers mois. Or le tableau des EI/EIG concerne l'année 2022. Ne disposant pas de données récentes, La prescription 6 est donc maintenue.
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 pour l'année 2022.	oui	En 2022, il y a eu 50 EI/EIG, plusieurs d'entre eux sont liés à des erreurs d'administration de traitement. L'établissement déclare avoir "un dispositif de gestion des EI/EIG via Netsoins mais des vacances de postes ont occasionnés un recul de l'utilisation, la gestion des FEI va pouvoir reprendre son fonctionnement normal au cours du mois de septembre". Il est constaté que le tableau ne fait pas mention des mesures correctives qui sont censées être prises à la suite de ces EI/EIG.	Remarque 8 : L'absence d'actions correctives dans le tableau de bord des EI de 2022, ne permet pas de déterminer si le dispositif de gestion des EI/EIG est mis en place dans son intégralité.	Recommendation 8 : Compléter le tableau en y insérant les actions correctives mises en place afin d'avoir une vision globale et complète de gestion des EI/EIG.		Nous tenons compte de la recommandation. Comme nous l'avions expliqué, les difficultés de stabilisation des équipes n'a pas permis d'avoir une gestion optimale du traitement des FEI. La situation devrait sensiblement s'améliorer.	Dont acte, dans l'attente de la mise en place d'actions permettant d'améliorer la gestion globale des EI/EIG, la recommandation 8 est maintenue.
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	Au regard des documents remis, les représentants des résidents, des familles et des salariés du CVS ont été élus le 28 octobre 2022. La composition du CVS est conforme à l'article D311-5 du CASF.					
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 que depuis la dernière élection du CVS il n'y a pas eu d'approbation relatif au règlement intérieur. L'actuel CVS ne dispose pas de son propre RI. Conformément à l'article D311-19 du CASF, il est prévu que le CVS doit se doter d'un RI à la suite des élections.	Ecart 7 : En l'absence de mise à jour du règlement intérieur du CVS suite aux dernières élections, l'EHPAD contrevient à l'article D311-19 du CASF	Prescription 7 : Mettre à jour le règlement intérieur du CVS, conformément à l'article D311-19 du CASF.		La mise à jour du règlement intérieur du CVS sera réalisée et validée lors de la prochaine réunion du CVS prévue le vendredi 8 décembre 2023.	Dont acte, dans l'attente de la transmission du nouveau règlement intérieur du CVS, la prescription 7 est maintenue.
1.19 Joindre les 3 PV du CVS de 2022 et les derniers de 2023	oui	Il a été transmis 3 CR pour 2022 et 3 CR pour 2023. Ces CR montrent beaucoup d'échanges. Cependant, il n'est pas précisé les membres présents aux CVS de 2022 ce qui ne permet pas d'attester du respect des règles du quorum, ce point a été rectifié en 2023. De plus, sur l'ensemble des CR remis un seul est signé, il est rappelé que chaque CR de CVS doit être signé par son président conformément à l'article D311-20 du CASF.	Ecart 8 : En l'absence de signature des PV du CVS par le président, l'établissement contrevient à l'article D311-20 du CASF.	Prescription 8 : Faire signer les comptes rendus par le Président du CVS, conformément à l'article D311-20 du CASF.	1.19 CR CVS	Les 3 derniers CR du CVS 2022 et les 3 derniers CR du CVS 2023 sont signés par la Présidente du CVS et la Direction	Dont acte, la prescription 8 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 2023 ? Joindre le justificatif.	oui	Au regard de l'arrêté d'autorisation transmis n°2019-14-0156, l'établissement dispose au 1er janvier 2023 d'une autorisation pour 6 lits en hébergement temporaire et 11 places en accueil de jour.					
2.2 Combien de lits en HT et/ou places en AJ sont occupés au 1er janvier 2023 ? Joindre le justificatif.	oui	Il a été transmis le tableau de suivi de l'hébergement temporaire du mois de janvier, l'ensemble des lits sont occupés. Concernant l'accueil de jour, il a été transmis un tableau difficilement exploitable en raison de l'absence d'une légende.	Remarque 9 : En l'absence de transmission de la légende du planning de l'accueil de jour, la mission est dans l'impossibilité d'apprécier le taux d'occupation de l'accueil de jour.	Recommendation 9 : Transmettre la légende du planning de l'accueil de jour du mois de janvier 2023.	2.2 ADJ 2023	Le tableau de suivi des taux d'occupation de l'accueil de jour vous est transmis	Le taux d'occupation de l'AJ est très satisfaisant. La recommandation 9 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	L'établissement déclare ne pas avoir de projet spécifique ni pour l'HT ni pour l'accueil de jour.	Ecart 9 : Il n'existe pas de projet spécifique de service pour l'hébergement temporaire ce qui contrevient à l'article D312-9 du CASF.	Prescription 9 : 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.	2.3 Projet de service AT 2.3 Projet de service Adj	Nous avons tenu copie de la prescription et rédigé les projets de service spécifiques pour l'hébergement temporaire et l'accueil de jour.	L'EHPAD s'est doté d'un projet spécifique à l'AJ et l'HT. La prescription 9 est levée.
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 déclare ne pas avoir d'équipe dédiée concernant l'HT étant intégré dans le fonctionnement de l'HP. Compte tenu du nombre de lit autorisé (6) il serait envisageable d'avoir une équipe dédiée permettant de mettre en œuvre des prestations spécifiques à l'HT. En revanche, l'accueil de jour dispose bien de sa propre équipe de 2,66ETP. Il a été remis le planning de service pour l'accueil de jour.	Remarque 10 : L'absence de personnel dédié pour prendre en charge les résidents accueillis sur les 6 lits d'hébergement temporaire n'atteste pas que l'organisation de la prise en charge pour ce public soit organisée et adaptée aux besoins de ces résidents.	Recommendation 10 : Organiser et formaliser la prise en charge du public accueilli sur les 6 lits d'hébergement temporaire, avec du personnel dédié.		L'accueil temporaire dispose d'une équipe dédiée dont les missions couvrent la planification et l'organisation du séjour, le repérage des besoins de la personne accueillie et la réalisation du projet d'accompagnement personnalisé. Cette équipe est composée du médecin coordinateur, de la secrétaire d'accueil, de la neuropsychologue, de l'infirmière référente et d'un soignant. Elle se réunit chaque lundi en synthèse et lors des rendez-vous de préadmission.	Les précisions apportées permettent de lever la recommandation 10.
2.5 Quelle est sa composition en indiquant la qualification pour chaque poste occupé? Joindre les diplômes.	oui	L'accueil de jour est composée d'une IDE, une ASG, une AMP et une AES. Elles sont toutes diplômées.					
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	Il a été transmis le livret d'accueil de la résidence ainsi que le contrat de séjour pour l'accueil de jour et le contrat de séjour pour l'HT. Les documents transmis ne répondent pas à la question, cela ne permet d'apporter une appréciation sur l'organisation et le fonctionnement de l'accueil temporaire et l'HT.	Ecart 10 : En l'absence de définition des modalités d'organisation de l'hébergement temporaire/accueil de jour, dans le règlement de fonctionnement, l'établissement contrevient aux articles L311-7 et D312-9 du CASF.	Prescription 10 : Définir les modalités d'organisation de l'hébergement temporaire/accueil de jour et l'intégrer dans le règlement de fonctionnement en vertu des articles L311-7 et D312-9 du CASF.	2.3 Projet de service AT 2.3 Projet de service Adj	Les projets de service de l'accueil temporaire et de l'accueil de jour ont été rédigés. Le règlement de fonctionnement sera actualisé au cours du 1er trimestre 2024 (cf 1.8)	Dont acte, la prescription 10 est levée.

