

RAPPORT de CONTROLE le 12/04/2023

EHPAD PAUL IDIER à VEYRIER DU LAC_74

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

Thématique: CSP 8 / Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : MAISON DE RETRAITE DE VEYRIER

Nombre de places : 92 places dont 86 places HP et 6 places en AJ

Questions	Fichiers dépos	Analyse	Ecarts / Remarques	Prescriptions/Recommandations envisagées	Nom de fichier des éléments probants	Réponse de l'établissement	Conclusion et mesures correctives définitives
1- Gouvernance et Organisation							
1.1 L'établissement dispose-t-il d'un organigramme nominatif détaillant les liens hiérarchiques et fonctionnels ? Joindre le document.	oui	L'organigramme remis est daté du 15/10/23, il est nominatif. Les liens fonctionnels sont bien distincts des liens hiérarchiques. La lecture de l'organigramme n'appelle pas de remarque particulière.					
1.2 Quels sont les postes vacants : préciser la nature et la qualification du ou des poste(s) ?	oui	La direction déclare avoir 3 postes d'ASD vacants au 31/01/24. A la lecture du tableau des postes vacants sur le "service IDE", il est relevé que 0,46ETP d'IDE sont vacants au 31/01/24.					
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	Le directeur est titulaire du CAFDES obtenu en 2012. Le directeur est titulaire d'un diplôme de niveau 7, ce qui est conforme à l'article D312-176-6 CASF.					
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	Il a été transmis un DUD datant de juillet 2014 portant délégation du président de l'association Association de Gestion Paul Idier (AGPI) au directeur de l'établissement. Il a été remis un tableau détaillant tous les domaines dans lesquels le directeur a pouvoir de délégation. Toutefois, ce DUD est ancien puisqu'il date de 2014, le délégué n'est plus le président actuel.	Remarque 1 : En l'absence d'un DUD signé par le nouveau délégué, il n'est pas possible de s'assurer de son actualisation.	Recommandation 1 : Actualiser le DUD et stipulant le nom du délégué et du délégué.	1.4_DUD_actualisé	Le DUD a été actualisé en avril 2024. Il est signé du Président de l'AGPI et du directeur de l'établissement	Un nouveau DUD a été rédigé en avril 2024. La recommandation 1 est levée.
1.5 Une astreinte administrative de direction est-elle organisée et formalisée ? Joindre la procédure et le calendrier du 1er semestre 2024.	oui	Il a été remis un document intitulé "rôle et fonctionnement de l'astreinte" qui présente les personnes participants à l'astreinte, le rôle et les modalités de l'astreinte, les horaires et la rémunération. Il est déclaré qu'un téléphone est dédié spécifiquement à l'astreinte, toutefois, il n'est pas précisé le numéro unique d'astreinte. De plus, le planning d'astreinte n'a pas été remis ce qui ne permet pas de connaître le roulement établi.	Remarque 2 : En l'absence d'inscription du numéro unique d'astreinte, la procédure d'astreinte de direction n'est pas complète. Remarque 3 : Le calendrier du premier semestre 2024 prenant en compte les astreintes administratives de la direction n'a pas été fourni, ne permettant pas d'attester de son organisation.	Recommandation 2 : Compléter la procédure d'astreinte en intégrant le numéro unique d'astreinte. Recommandation 3 : Transmettre le calendrier relatif aux astreintes administratives de la direction.	1.5_Procédures_d'astreinte 1.5_Planning_astreinte_avril_2024 1.5_Planning_astreinte_mai_2024	Le document "Procédure_astreinte" a été enrichi du numéro de téléphone unique d'astreinte. Le planning d'astreinte des mois d'avril et mai 2024 est communiqué. Les semaines d'astreinte figurent en ROUGE dans les documents remis	La direction a transmis la procédure d'astreinte complétée du numéro d'astreinte. La recommandation 2 est levée. Le planning d'astreinte pour les mois d'avril et de mai montre que son roulement est bien réparti. La recommandation 3 est levée.
1.6 Un CODIR régulier concernant l'EHPAD contrôlé est-il mis en place ? joindre les 3 derniers PV	oui	Il a été remis un tableau de bord comportant l'ensemble des thèmes constituant le reporting du directeur. En revanche, l'établissement ne précise pas s'il existe une équipe de direction et qu'elle en est sa composition. Les documents transmis ne permettent pas d'attester de l'existence d'un CODIR.	Remarque 4 : L'absence de CR de CODIR ne permet pas de connaître la composition de l'équipe de direction et la fréquence de ces réunions.	Recommandation 4 : Réunir l'équipe de direction selon une périodicité régulière et tracer les décisions qui en découlent.	1.6_Fiche_instance_CODIR 1.6_Fiche_présence_CODIR 1.6_PV_CODIR	La fiche "Instance CODIR" avait été communiquée lors de la 1ère phase du contrôle. Elle est à nouveau communiquée. Cette fiche décrit les modalités de fonctionnement du CODIR (composition et fréquence de réunion). Les fiches de présence des 3 derniers CODIR sont communiquées. Le fichier excel "PV_CODIR" sert de compte-rendu. Il comprend les décisions prises et les actions menées.	Il est pris en compte la procédure sur l'organisation des CODIR en date du 26 janvier 2024. Elle est très précise sur la fréquence du CODIR et les membres qui composent l'équipe de direction. Cependant, le tableau transmis portant sur les PV des CODIR ne montre pas une fréquence hebdomadaire. De plus les points direction ne sont plus renseignés à partir du 28/08/18. En conséquence, la recommandation 4 est maintenue.
1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	oui	Le projet d'établissement remis couvre la période 2023-2028. Il n'est pas précisé la date de consultation du CVS, ce qui contrevient à l'article L311-8 du CASF. Les fiches actions sont complètes (pilote, échéances, objectifs, etc.). Une fiche action spécifique à la bientraitance est établie, elle prévoit la formation des professionnels à la bientraitance, la création d'un groupe de travail autour de l'auto-évaluation des pratiques professionnelles et participer au comité éthique inter-établissement.	Ecart 1 : En l'absence de précision sur la consultation du projet d'établissement par le CVS, l'EHPAD contrevient à l'article L311-8 du CASF.	Prescription 1 : Consulter le CVS sur le projet d'établissement conformément à l'article L311-8 du CASF et transmettre son avis .	1.7_CR_CVS_2023_31019	Lors du CVS du 19/10/2023, le CVS a été informé de l'écriture en cours du projet d'établissement (cf. compte-rendu du CVS du 19/10/2023 point n°8). Une synthèse du projet d'établissement sera présenté aux membres du CVS lors de la prochaine réunion prévue le 20/06/2024.	Il est pris note de la présentation du PE aux membres du CVS courant juin 2024. La prescription 1 est levée.

1.8 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	Le règlement de fonctionnement de l'EHPAD a été remis, celui-ci n'est pas daté ce qui ne permet pas de s'assurer de son actualisation conformément à l'article R311-33 du CASF. De plus, il n'est pas fait référence à la date à laquelle le sujet était à l'ordre du jour des instances décisionnaires et il n'est pas fait mention de la consultation du CVS sur la rédaction du règlement de fonctionnement conformément à l'article L311-7 du CASF. S'agissant du contenu du règlement de fonctionnement, les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompues ne sont pas présentées tels que prévu à l'article R311-35 du CASF. Par ailleurs, les mesures à prendre en cas d'urgences et de situations exceptionnelles ne sont pas détaillées. Il est attendu de faire référence au plan bleu permettant de répondre à tous types de crises telles que la gestion des crises sanitaires, plan canicule, événements météorologiques.	Ecart 2 : En l'absence d'inscription de la date d'actualisation du règlement de fonctionnement, il n'est pas possible de s'assurer de sa conformité à l'article R311-33 du CASF. Ecart 3 : En l'absence de référence aux délibérations des instances décisionnaires approuvant le règlement de fonctionnement ainsi que de l'avis du CVS, l'EHPAD contrevient à l'article L 311-7 du CASF. Ecart 4 : Le contenu du règlement de fonctionnement est incomplet et n'est pas conforme à l'article R311-35 du CASF. Remarque 5 : Les mesures à prendre en cas d'urgences et de situations exceptionnelles ne sont pas suffisamment précisées.	Prescription 2 : Actualiser le règlement de fonctionnement tous les 5 ans et préciser sa date de mise à jour conformément à l'article R311-33 du CASF. Prescription 3 : Approuver le règlement de fonctionnement par les instances délibératives de l'établissement et consulter le CVS, concernant toutes mises à jour du règlement de fonctionnement, conformément à l'article L311-7 du CASF et en faire référence dans le RF en mentionnant les dates d'approbation et de consultation. Prescription 4 : Intégrer dans le règlement de fonctionnement les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompues conformément à l'article R311-35 du CASF. Recommendation 5 : Préciser les mesures à prendre en cas d'urgences et de situations exceptionnelles.	1.8_Plan_bleu_201904	Je m'engage à actualiser le règlement de fonctionnement et à le faire valider par le CVS. Le plan bleu de l'établissement présente les mesures prévues en cas d'urgences.	Dont acte, dans l'attente de l'actualisation du règlement de fonctionnement de l'EHPAD et de sa validation devant les instances délibératives et CVS, les prescriptions 2,3,4 sont maintenues. S'agissant des mesures à prendre en cas d'urgence, elles sont formalisées dans le cadre du plan bleu. La recommandation 5 est levée.	
1.9 L'établissement dispose-t-il d'un(e) IDEC ? Joindre son contrat de travail pour le privé ou son arrêté de nomination pour le public.	oui	Par un avenant à son contrat, l'IDEC est recrutée en qualité d'infirmière - encadrant soins, en CDI et à temps plein à compter du 1er octobre 2023.					
1.10 L'IDEC dispose-t-il/elle d'une formation spécifique à l'encadrement ? Joindre le justificatif	oui	L'IDEC est inscrite au parcours de formation d'encadrant de proximité des équipes soignantes sur la période du 15 février au 13 juin 2024.					
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 est embauché en CDI sur la résidence Paul Idier. Par un avenant à son contrat de travail portant augmentation du temps de travail du MEDEC, il intervient sur l'EHPAD 91h par mois (soit 0,6ETP) à compter du 1er octobre 2023, en atteste son planning remis de janvier 2024. Son temps d'intervention est conforme pour un établissement d'une capacité de 86 lits conformément à l'article D312-156 CASF.					
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'un DU de soins palliatifs et d'accompagnement obtenu en 2015 et d'une capacité de médecine de gérontologie obtenu en 2018.					
1.13 La commission gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle régulièrement ? Joindre les 3 derniers PV.	oui	La direction déclare ne pas avoir pu réaliser de commission de coordination en 2021 suite à la vacance du poste de MEDEC et en 2022 en raison d'une priorisation des missions du MEDEC (réorganisation du pôle médical). En revanche, en 2023 la commission a eu lieu, en atteste l'ordre du jour établit et la liste des professionnels présents. En conséquence, la commission de coordination gériatrique ne se réunit pas de manière régulière, ce qui contrevient à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	Ecart 5 : La commission de coordination gériatrique ne se réunit pas régulièrement contrairement à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	Prescription 5 : Organiser annuellement une commission de coordination gériatrique conformément à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF et prévoir celle de 2024.	1.13_Commission_gériatrique_2024_ordre du jour	L'ordre du jour de la prochaine Commission qui aura lieu le 14/05/2024 est fourni.	Dont acte, il est attendu la transmission du CR de la CCG annoncée le 14 mai. La prescription 5 est donc maintenue.
1.14 Le rapport d'activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2022).	oui	Il a été remis les RAMA de 2021 et 2023. La direction déclare que "le médecin coordonnateur a été fortement monopolisé par le suivi et le traitement d'épisodes de gale", ce qui n'a pas permis au MEDEC de rédiger le RAMA 2022. Le RAMA 2023 n'est pas signé conjointement par le MEDEC et le directeur, ce qui contrevient à l'article D312-158 alinéa 10 du CASF. Sur le fond, le contenu du RAMA 2023 peut être enrichi notamment en intégrant des axes stratégiques pour l'année suivante.	Ecart 6 : En l'absence de signature conjointe du RAMA 2023 par le MEDEC et le directeur, l'EHPAD contrevient à l'article D312-158 alinéa 10 du CASF. Remarque 6 : En l'absence d'identification des axes de travail à développer, le RAMA 2023 paraît insuffisant.	Prescription 6 : Signer conjointement le RAMA 2023 par le MEDEC et le directeur d'établissement, conformément à l'article D312-158 alinéa 10 CASF. Recommendation 6 : Inclure les axes stratégiques de travail concernant le soin pour l'année à venir.	1.14_RAMA_2023_signé	Le RAMA 2023 est signé conjointement du médecin-coordonnateur et du directeur. Le médecin-coordonnateur intégrera les axes stratégiques concernant le projet de soin lors de la rédaction des prochains RAMA.	Dont acte, la prescription 6 et la recommandation 6 sont levées.
1.15 L'établissement a-t-il une pratique régulière de signalement aux autorités de contrôle des évènements indésirables (EI) et ou événements indésirables graves (EIG) ? Joindre les signalements des EI/EIG réalisés en 2022 et en 2023.	oui	Il a été remis les tableaux de bord pour 2022 et 2023. Il est relevé qu'en 2022, 2 EI ont fait l'objet d'un signalement aux autorités de tutelles, cependant aucune fiche de signalement n'a été transmise. A la lecture du tableau de bord 2023 des EI, aucun ne nécessitait d'être signalé auprès des autorités de tutelles. L'établissement n'ayant pas transmis les signalements qu'il a pu réaliser en 2022, il n'est pas possible de vérifier d'une pratique régulière des signalements auprès des autorités de tutelles de tout dysfonctionnement tel que prévu à l'article L331-8-1 du CASF.	Ecart 7 : En l'absence de transmission des signalements réalisés en 2022 auprès des autorités de tutelles, l'EHPAD n'atteste pas pratiquer régulièrement les signalements des EI/EIG tel que prévu à l'article L331-8-1 du CASF.	Prescription 7 : Veiller à réaliser les signalements des évènements susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, conformément à l'article L331-8-1 du CASF.	1.15_Déclaration_d'événement_indésirable_2022_1.15_EIGS_VOLET_2_20230808154839457	Nous avons une pratique régulière des signalements auprès des autorités de tutelles. Nous communiquons un EI de 2022 et un EI de 2023.	L'établissement a bien transmis les signalements cités dans l'analyse. La prescription 7 est levée. Il est noté que la gouvernance de l'établissement s'est engagée dans une démarche qualité depuis plusieurs années, afin d'améliorer la qualité des prestations délivrées auprès des résidents. La direction précise que les conclusions définitives des contrôles sont intégrées à notre plan d'amélioration de la qualité sous forme d'actions correctives.
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	Il a été remis une procédure de signalement et de suivi des EI/EIG ainsi qu'un extrait du logiciel Ageval sur l'avancée des actions mises en œuvre à la suite de la survenance des EI/EIG. La direction a remis 4 fiches de CREX réalisé avec les professionnels de l'EHPAD à la suite d'EI qui se sont déroulés au sein de la structure, ce qui atteste d'une analyse des causes. Les tableaux de bord remis à la question 1.16, présente le déclarant, la description de l'EI, les conséquences de l'EI et les mesures correctives mises en place. De plus, le délai de traitement et de clôture des EI s'effectuent dans un délai raisonnable d'environ 1 mois. L'EHPAD dispose d'outil de recueil et de suivi des EI/EIG.					

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	Il a été remis les PV d'élection des résidents et familles élus au CVS daté d'octobre 2021, ainsi que la liste des membres du CVS pour 2022. Le directeur déclare avoir procédé au remplacement des membres ayant quitté le CVS par une approche directe de certaines familles afin d'avoir une participation active des membres du CVS. Le directeur s'engage à se mettre en conformité avec le décret du 25 avril 2022 dans le courant de l'année 2024. En l'absence de nouvelle élection des membres du CVS, la composition du CVS contrevient à l'article D311-5 du CASF.	Ecart 8 : La composition du CVS n'est pas conforme à l'article D311-5 du CASF.	Prescription 8 : Procéder à de nouvelles élections du CVS afin de se mettre en conformité avec l'article D311-5 du CASF.	1.17_Appel_à_candidature	Le processus d'élection des membres du CVS est lancé. L'appel à candidatures auprès des familles et des résidents est communiqué.	Il est pris en compte l'organisation des élections. La nouvelle composition du CVS est attendue. Dans l'attente, la prescription 8 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	Il a été remis le règlement intérieur du CVS daté du 21/12/12. Celui-ci n'a pas été mis à jour à la suite des élections de 2021 conformément à l'article D311-19 du CASF. Il convient lors des prochaines élections prévues en 2024 que les membres du CVS établissent leur règlement intérieur lors de leur première réunion de CVS.	Ecart 9 : 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 9 : Doter le CVS d'un nouveau règlement intérieur, à l'issue des prochaines élections, conformément à l'article D311-19 du CASF.		Le règlement de fonctionnement sera rédigé à l'issue de l'élection des nouveaux membres du CVS. Ce nouveau document sera rédigé avec la collaboration du CVS et approuvé par celui-ci.	dont acte, dans l'attente, la prescription 9 est maintenue .
1.19 Joindre les 3 PV du CVS de 2022 et de 2023	oui	Il a été remis 2 CR de CVS pour 2022 et 2 CR de CVS pour 2023. Il est rappelé, conformément à l'article D311-16 du CASF, que le CVS doit se réunir 3 fois par an. A la lecture des CR de CVS, les échanges avec les familles sont davantage présents sur les CR de 2023. De plus, il est relevé que le directeur signe les CR de CVS avec le président du CVS. Or, il revient au seul président du CVS de signer les CR conformément à l'article D311-20 du CASF.	Ecart 10 : En l'absence d'organisation de 3 CVS en 2022 et 2023, l'EHPAD contrevient à l'article D311-16 du CASF. Ecart 11 : En faisant signer le compte rendu du CVS par le Directeur en plus du Président, l'établissement contrevient à l'article D311-20 du CASF.	Prescription 10 : Veiller à réunir le CVS au moins 3 fois par an conformément à l'article D 311-16 du CASF. Prescription 11 : Faire signer les comptes rendus par le seul Président du CVS, conformément à l'article D311-20 du CASF.		En fonction des contraintes d'agenda, il n'est pas toujours possible d'organiser 3 réunions du CVS. En 2024, 3 réunions sont d'ores et déjà programmées : 22/02/2024 – 20/06/2024 – 17/10/2024 L'ordre du jour de la réunion du CVS est établi conjointement avec les représentants des familles et des résidents. Ce compte-rendu est rédigé par la Coordinatrice de la vie sociale (aucun autre membre du CVS ne souhaitant rédiger le CR). Le compte-rendu est soumis au président du CVS (résident) pour signature. Le directeur cosigne alors le compte-rendu. Je m'engage à ce que les prochains comptes-rendus du CVS soient uniquement	L'établissement a prévu l'agenda des CVS pour l'année 2024. Il est attendu qu'il transmette les CR. Dans l'attente, la prescription 10 est maintenue . L'établissement a transmis le dernier PV du CVS signé. La prescription 11 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	L'établissement a remis le renouvellement d'arrêté d'autorisation n°2016-8386 pour les 6 lits d'HT et 6 places d'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	La direction déclare un taux d'occupation de 45% pour l'hébergement temporaire en 2023. La file active pour l'accueil de jour en 2023 est de 8 résidents.	Remarque 7 : L'établissement est actuellement en sous-occupation par rapport à la capacité autorisée concernant l'hébergement temporaire.	Recommandation 7 : Se doter d'un plan de développement de l'HT permettant d'augmenter son activité afin que le taux d'occupation dépasse les 50%.		LE CPOM de l'établissement a été prorogé jusqu'au 31/12/2024. Le nouveau CPOM doit être négocié au second trimestre 2024. Dans ce cadre, les projets de service de l'hébergement temporaire et de l'accueil de jour seront revus. En effet, nous rencontrons des difficultés récurrentes pour atteindre un taux d'occupation satisfaisant pour ces 2 activités.	Vos observations sont prises en compte. Par ailleurs, les différentes actions que vous êtes en train de mettre en place pour améliorer l'activité de l'HT comme les campagnes de communication auprès des prescripteurs, l'inscription de l'HT dans le dispositif déployé par le CD 74 concernant l'offre d'HT de crise et celui du CHANGE portant sur les sorties d'hospitalisation permettent de lever la recommandation 7.
2.3 L'Accueil de Jour et/ou l'Hébergement Temporaire dispose(nt)-il(s) d'un projet de service spécifique ? Joindre le document.	oui	Concernant l'accueil de jour, il a été remis une fiche action du projet d'établissement spécifique à l'accueil de jour. Cela ne s'apparente pas à un projet de service spécifique à l'accueil de jour présentant les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'accueil de jour. Concernant, l'hébergement temporaire, aucun document n'a été remis ce qui ne permet pas à l'établissement de l'existence d'un projet de service spécifique à l'hébergement temporaire.	Ecart 12 : Il n'existe pas de projet spécifique de service pour l'hébergement temporaire et l'accueil de jour ce qui contrevient à l'article D312-9 du CASF.	Prescription 12 : Réddiger un projet de service spécifique pour l'hébergement temporaire et l'accueil de jour, qui s'intégrera dans le projet d'établissement en vertu de l'article D312-9 du CASF.		LE CPOM de l'établissement a été prorogé jusqu'au 31/12/2024. Le nouveau CPOM doit être négocié au second trimestre 2024. Dans ce cadre, les projets de service de l'hébergement temporaire et de l'accueil de jour seront revus. En effet, nous rencontrons des difficultés récurrentes pour atteindre un taux d'occupation satisfaisant pour ces 2 activités.	Il est attendu la rédaction de projet de service propre à l'accueil temporaire. La prescription 12 est maintenue .
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.	oui	Pour l'accueil de jour, 2 ASG sont présentes tous les jours. La direction déclare ne pas avoir d'équipe dédiée à l'HT, ce qui ne permet pas d'attester que la prise en charge pour ce public soit organisée et adaptée aux besoins de ces résidents.	Remarque 8 : L'absence de personnel dédié pour prendre en charge les résidents accueillis sur les 6 lits d'hébergement temporaire, n'atteste pas que la prise en charge pour ce public soit organisée et adaptée aux besoins de ces résidents.	Recommandation 8 : Organiser et formaliser la prise en charge du public accueilli sur les 6 lits d'hébergement temporaire, avec du personnel dédié.		Compte tenu des difficultés récurrentes de recrutement et de la nécessité d'adapter l'organisation des soins régulièrement, il n'est pas possible de dédier une équipe sur les lits d'hébergement temporaire. L'absence d'équipe dédiée ne nuit pas à la qualité de ce type d'accompagnement. Sur quels éléments s'appuie l'affirmation énoncée dans la remarque 8 ? Existe-t-il un texte réglementaire sur ce sujet ? Il ne m'a jamais été fait mention de ce genre de remarque depuis ma prise de poste en mars 2015.	La CNSA avait formulé en octobre 2011 des préconisations sur l'HT : "Un personnel spécifique peut également être identifié : un coordonnateur de l'hébergement temporaire peut être prévu, ainsi que les temps dédiés de personnels thérapeutique, éducatif et social. Des dispositifs peuvent également être prévus pour tenir compte du risque d'épuisement des équipes générées par le turn-over des personnes accueillies : supervision, temps d'échanges de pratiques, formations en interne; recours à des personnes ressources" Ainsi, dans le cadre de la préparation du retour à domicile qui est un élément essentiel du dispositif, impliquant l'ensemble des acteurs de la filière d'accompagnement et de prise en charge, un personnel référent à l'HT en terme de coordination ainsi qu'un psychologue et un temps de secrétariat voire d'assistance sociale sont indiqués permettant d'avoir les conditions nécessaires à une activité optimale. Ainsi l'hébergement temporaire offre un temps d'accueil professionnel adapté à la personne accueillie et à s'articule avec d'autres prestations qui participent de la mise en œuvre de son projet de vie, agissant avec elles en relais ou en complément (Recommendation de bonnes pratiques professionnelles : « Le soutien des aidants non professionnels » ANESM – Décembre 2014) Mais, il est pris en compte votre choix en tant que gestionnaire de ne pas affecter de professionnel spécifique au bon fonctionnement de l'offre d'hébergement temporaire. La recommandation 8 est levée .
2.5 Quelle est sa composition en indiquant la qualification pour chaque poste occupé ? Joindre les diplômes.	oui	Les 2 professionnelles sont titulaires du diplôme d'ASD et d'ASG obtenu en 2013.					

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.	<input checked="" type="checkbox"/> oui	Il a été remis le règlement de fonctionnement de l'accueil de jour. Celui-ci ne définit pas les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'accueil de jour. De plus, le règlement de fonctionnement de l'EHPAD ne prévoit pas les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'hébergement, ce qui contrevient à l'article D312-9 du CASF.	Ecart 13 : En l'absence de définition des modalités d'organisation et de fonctionnement de l'hébergement temporaire et de l'accueil de jour, dans le règlement de fonctionnement, l'établissement contrevient aux articles L311-7 et D312-9 du CASF.	Prescription 13 : Définir les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'hébergement temporaire et de l'accueil de jour, les intégrer dans le règlement de fonctionnement en vertu des articles L311-7 et D312-9 du CASF.	Je m'engage à revoir le règlement de fonctionnement conformément au CASF.	Dont acte, dans l'attente, la prescription 13 est maintenue .
---	---	---	---	--	---	--