

RAPPORT de CONTROLE le 28/08/2024

EHPAD LES TERRASSES à ANDREZIEUX BOUTHEON_42

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

Thématique: CSP 9 / Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : MAISON DE RETRAITE ANDREZIEUX

Nombre de places : 92 places dont 90 places en HP et 2 places en HT Alzheimer

Questions	Fichiers déposés OUI / NON	Analyse	Ecart / 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 présente les liens hiérarchiques entre les personnels de l'EHPAD. Il est partiellement nominatif et a été mis à jour le 27/05/2024.					
1.2 Quels sont les postes vacants, au 1er mars 2024 : préciser la nature et la qualification du ou des poste(s) ?	Oui	L'établissement déclare ne pas avoir de postes vacants au 1er mars 2024.					
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	L'arrêté du CNG du 13/07/2017, affecte Mme ., directrice d'établissement sanitaire, social et médico-social (D3S), en qualité de Directrice de l'EHPAD Les Terrasses. L'arrêté du 31/01/2008 titularisant les élèves directeurs dans le corps de D3S a également été remis. Ces documents attestent du niveau de qualification de la Directrice.					
1.4 Dispose-t-il d'un document unique de délégation pour les établissements privés et pour les directeurs sous contrats de droit privé ? Joindre le document.	Oui	La directrice fait partie du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière. Elle exerce donc au titre des responsabilités que lui confère la réglementation, au titre de l'article L315-17 du CASF et de l'article L6143-7 du CSP.					
1.5 Une astreinte administrative de direction est-elle organisée et formalisée ? Joindre la procédure et le planning d'astreinte réalisé du 2ème semestre 2023 ainsi que le planning prévisionnel du 1er semestre 2024.	Oui	La "convention de coopération inter-établissements pour l'organisation d'astreintes de direction commune", daté de 2023, atteste bien de l'organisation du dispositif d'astreinte de direction, qui repose sur 7 directeurs d'EHPAD et le directeur d'un hôpital local. Les plannings d'astreinte administrative des années 2023 et 2024 confirment que l'astreinte administrative est en place du lundi 8h au lundi suivant 8h. En revanche, aucune procédure relative à l'astreinte administrative de direction à l'attention des professionnels n'a été remise. Sans procédure expliquant les modalités du dispositif de l'astreinte administrative, notamment les situations dans lesquelles les professionnels doivent avoir recours au cadre d'astreinte, les professionnels peuvent se trouver en difficulté.	Remarque 1 : l'absence de procédure organisant l'astreinte de direction à destination du personnel ne permet pas au personnel d'avoir une vision claire des sollicitations à réaliser en cas de difficulté.	Recommandation 1 : formaliser et transmettre la procédure d'astreinte, à l'attention du personnel de l'EHPAD, définissant les modalités du dispositif et retraçant notamment les actions à réaliser durant l'astreinte de direction et les modalités de saisine du cadre d'astreinte.	1.5 procédure d'organisation des astreintes administrative de direction et technique	Nous avons omis de vous transmettre la procédure interne correspondante	La procédure relative au dispositif d'astreinte mise en place est remise comme élément probant. Elle définit bien le dispositif de l'astreinte, explique les modalités de mise en œuvre et liste les situations nécessitant le recours au cadre d'astreinte. La recommandation 1 est levée.
1.6 Un CODIR régulier concernant l'EHPAD contrôlé est-il mis en place ? Joindre les 3 derniers PV	Oui	Un CODIR mensuel est mis en place au sein de l'EHPAD. En attestent les comptes rendus remis : 08/02/2024, 07/03/2024, 04/04/2024. Le CODIR est composé de la Directrice, du MEDEC, de la cadre supérieure de santé, de l'ergothérapeute, de la psychologue, de l'infirmière hygiéniste et d'une infirmière. Les sujets abordés en CODIR sont relatifs à la gestion et à l'organisation de l'EHPAD. Des questions se rapportant à la prise en charge des résidents sont aussi évoquées en réunion.		Directrice, du MEDEC, de la			
1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	Oui	Le projet d'établissement 2020-2024 remis a été consulté par le CVS et les autres instances de gouvernance de l'EHPAD au 1er trimestre 2020. Il comprend un projet de soins complet et précisant les mesures de mise en application des soins palliatifs. Il aborde également l'accompagnement et les soins apportés aux résidents ayant des troubles cognitifs et/ou comportementaux, comprenant un focus sur le PASA et l'UVP de 14 places.					
1.8 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	Oui	Le règlement de fonctionnement remis a été mis à jour le 18/01/2024. Le document mentionne avoir reçu "avis du CVS, le 28 juin 2005 et mis à jour pour la dernière fois en janvier 2024". Cette mention prête à confusion et ne permet pas de savoir si le document a été soumis pour validation en 2024 au CVS. Par ailleurs, il est relevé que le règlement de fonctionnement ne prévoit pas les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles. De plus les horaires de repas présentés entraînent une période de jeûne nocturne d'au moins 12h30 (dîner à 18h30 et petit-déjeuner à 8h00).	Ecart 1 : en l'absence de mention dans le règlement de fonctionnement de la date de consultation par le CVS, suite à la mise à jour récente en janvier 2024, l'établissement n'atteste pas être conforme à l'article L 311-7 du CASF. Ecart 2 : Le règlement de fonctionnement ne prévoit pas les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles, ce qui contrevient à l'article R311-35 du CASF. Remarque 2 : l'amplitude du jeûne nocturne entre le dîner et le petit-déjeuner dépasse 12h en amplitude horaire, ce qui est en décalage avec les recommandations de bonnes pratiques de la HAS/ ANESM "Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée".	Prescription 1 : mentionner dans le règlement de fonctionnement la dernière date de consultation du document par le CVS, suite à la mise à jour récente en janvier 2024, afin d'attester de la conformité de l'EHPAD avec l'article L311-7 CASF. Prescription 2 : actualiser le règlement de fonctionnement en y intégrant les mesures à prendre en cas d'urgences et de situations exceptionnelles conformément à l'article R311-35 du CASF. Recommandation 2 : réorganiser les horaires des repas afin d'éviter une période de jeûne nocturne supérieure à 12h, conformément aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS / ANESM "Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée".	1.8 règlement de fonctionnement 2024	Afin de répondre à vos diverses recommandations et prescriptions sur ce point nous avons rédigé un nouveau règlement de fonctionnement (1.8 règlement de fonctionnement 2024) que nous présenterons en septembre au CVS pour avis et en octobre au CA pour approbation. Concernant le point particulier des horaires de repas il s'avère que ceux du petit-déjeuner était erronés puisque celui-ci s'échelonne de 7h à 10h en fonction des heures de réveil des résidents. Le repas du soir se terminant à 19h30 (18h30 est l'horaire de début de repas), nous sommes il me semble dans le respect des 12h maximum de jeûne nocturne.	La réponse fait état de la réécriture du règlement de fonctionnement pour prendre en compte les prescriptions et recommandations faites en modifiant ou complétant le document en conséquence. Il est bien noté que les horaires des repas sont établis pour éviter le jeûne nocturne. Les prescriptions 1 et 2 sont levées ainsi que la recommandation 2.
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	Il est transmis la décision du 01/12/2016 recrutant par voie de mutation une IDE, à compter du 01/12/2016, en qualité d'infirmière cadre de santé paramédicale. Il est relevé que le lieu et/ou la date de naissance de la cadre de santé ne sont pas renseigné dans la décision.					
1.10 L'IDEC dispose-t-il/elle d'une formation spécifique à l'encadrement ? Joindre le justificatif	Oui	Le diplôme de la cadre de santé a été remis. Il atteste de ses qualifications.					
1.11 L'établissement dispose-t-il d'un MEDEC ? Son temps de travail est-il conforme à la réglementation ? Joindre son contrat de travail et son planning mensuel réalisé (le mois précédent).	Oui	Le contrat de travail du MEDEC, du 21/07/2005, a été remis. Il prévoit un temps de travail de 0,20 ETP pour une période de 3 mois à compter du 08/08/2005. Ce dernier est renouvelé tacitement. Par avenant du 21/07/2005 le temps de travail du MEDEC est augmenté à 0,30 ETP. Il est par ailleurs précisé qu'en début d'année 2019, l'établissement souhaitait augmenter le temps de travail du MEDEC à 0,50 ETP et qu'il a refusé l'offre. Le courrier du MEDEC du 16/04/2019 adressé à la Directrice de l'EHPAD le confirme. Ainsi, il est bien noté l'impossibilité pour l'établissement d'augmenter le temps de travail du MEDEC.	Ecart 3 : le temps de présence de médecin coordonnateur dans l'établissement n'est pas conforme aux exigences de l'article D 312-156 du CASF.	Prescription 3 : augmenter le temps de médecin coordonnateur à hauteur de 0,60 ETP dans l'établissement, conformément à l'article D312-156 du CASF.	1.11 sollicitation médecin coordonnateur augmentation temps de travail / 1.11 refus médecin coordonnateur	Une nouvelle sollicitation d'augmentation du temps de travail a été réalisée officiellement auprès du médecin coordonnateur (1.11 sollicitation médecin coordonnateur augmentation temps de travail) mais celui-ci a de nouveau refusé la proposition (1.11 refus médecin coordonnateur). Il est à noter cependant que sur les périodes qui le nécessitent (épidémie, vaccination, réalisation coupe pathos, changement logiciel de soins, ...), celui-ci se rend disponible à hauteur des besoins de l'établissement.	Il est acté que le médecin coordonnateur ne souhaite pas augmenter son temps de travail au sein de l'EHPAD pour passer à 0,60 ETP, contre les 0,30 ETP occupés actuellement. Il assure en parallèle une activité de médecin libéral qu'il ne souhaite pas - pour des raisons tout à fait légitimes - réduire. Pour autant, et comme le MEDEC le reconnaît lui-même, cette situation ne respecte pas la réglementation. La prescription 3 est maintenue, dans l'attente du respect dans l'avenir d'un temps de travail de MEDEC à hauteur de 0,60 ETP.
1.12 Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? Joindre le ou les justificatifs.	Oui	Le DU de coordination médicale d'EHPAD remis atteste que le MEDEC est titulaire des qualifications requises.					

1.13 La commission gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle régulièrement ? Joindre les 3 derniers PV.	Oui	Trois procès-verbaux de commission de coordination gériatrique ont été remis : 09/04/2019, 29/11/2022 et 21/11/2023. Il est bien pris note que la commission de coordination gériatrique n'a pu se réunir en 2020 et 2021 du fait de la pandémie de Covid-19. La liste des membres invités à la commission a été remise. Il est relevé l'absence de mention de la psychologue et d'un représentant des personnes accompagnées au CVS dans la liste des invités à la commission.					
1.14 Le rapport d'activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2022 et/ou 2023)	Oui	Les RAMA de 2022 et 2023 ont été remis. Le RAMA 2022 n'est pas signé par le MEDEC, ni par la Directrice de l'établissement. Celui de 2023 n'est signé que par le MEDEC. Les RAMA sont riches en informations sur diverses thématiques. Toutefois, il est relevé, dans les 2 documents, l'absence de renseignement du tableau des données sur la dénutrition, ce qui ne permet pas de suivre l'évolution de la prise en charge individuelle nutritionnelle des résidents. De plus, l'absence de ces données conduit à penser que l'EHPAD ne fait pas de la prévention et la prise en charge de la dénutrition une priorité.	Ecart 4 : en l'absence de signature conjointe du RAMA par le MEDEC et la directrice d'établissement, l'EHPAD contrevient à l'article D312-158 du CASF. Remarque 3 : l'absence d'informations concernant l'évolution des données portant sur la dénutrition des résidents dans le RAMA ne permet pas de suivre l'évolution des modalités de prise en charge de l'EHPAD en matière de dénutrition.	Prescription 4 : signer les RAMA, conformément à l'article D312-158 du CASF. Recommandation 3 : veiller à compléter chaque année dans le RAMA la partie relative à la dénutrition.	1.14 RAMA 2022 signé et 1.14 RAMA 2023 signé	Nous prenons note de votre prescription et avons ajouté la signature de la directrice aux 2 derniers RAMA (1.14 RAMA 2022 signé et 1.14 RAMA 2023 signé) et le ferons désormais chaque année. Le suivi nutritionnel des résidents est bel et bien effectué avec la nomination de référents soignants formés, l'intervention d'une diététicienne qui met à jour tous les mois la liste des régimes enrichis avec l'IDE référente, la réalisation de pesées mensuelles avec la création d'alarme poids dans le logiciel informatisé et la réalisation régulière d'albuminémie notamment. Néanmoins notre logiciel de soins actuel ne reprend de façon fiable ces données c'est pourquoi elles n'apparaissent pas jusqu'à présent dans le RAMA. Nous prenons note de votre remarque et tracerons désormais ces données dans le RAMA annuel.	Les RAMA transmis sont bien signés par la directrice et le MEDEC. Concernant la partie relative à la dénutrition, la réponse fait état de l'engagement de l'établissement à développer ce point dans les futurs RAMA. Il est aussi précisé les raison pour lesquelles les documents étaient incomplets sur ce point. La prescription 4 est levée. La recommandation 3 est maintenue, dans l'attente de l'intégration effective de toutes les données sur la dénutrition dont dispose l'établissement dans le RAMA.
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 2023 et 2024.	Oui	Trois signalements d'EIG transmis aux autorités administratives ont été remis : 14/01/2023, 21/01/2023 et 15/02/2024. Les documents remis attestent du signalement systématique aux autorités administratives de tout dysfonctionnement grave dans sa gestion et son organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers.					
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 2023 et 2024.	Oui	Les comptes rendus des "réunions qualités – analyse des fiches d'évènements indésirables" du 16/03/2023 et du 26/03/2024 remis confirment que le suivi des EI/EIG au sein de l'EHPAD est bien effectué. Ces événements sont enregistrés via le logiciel . Il est déclaré qu'une analyse des causes est réalisée dans des groupes de travail thématiques mis en place dans l'établissement, pour autant aucun document se rapportant à ces analyses des causes n'a été remis.	Remarque 4 : l'absence de transmission des comptes rendus des groupes de travail se rapportant à l'analyse des causes ne permet pas à la mission de vérifier les modalités d'analyse des EI/EIG.	Recommandation 4 : transmettre les comptes rendus des groupes de travail relatifs aux analyses des causes des EI/EIG de l'EHPAD.	1.16 compte-rendu groupe de travail Circuit du médicament 2 avril 2024 et 1.16 compte-rendu groupe de travail droits des usagers du 16 mai 2024	Nous vous joignons le compte-rendu de 2 réunions à titre d'exemple d'analyse des causes des FEI en groupe de travail	Les documents remis illustrent la manière dont les causes des EI sont analysées. Ils n'appellent pas de remarques. La recommandation 4 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	Des élections se sont tenues le 05/03/2024. La liste des membres au CVS remise fait ressortir les irrégularités suivantes : - les représentants des résidents au CVS ne sont pas élus, - les représentants des familles élus sont au nombre de 7 sur le résultat des élections contre 8 personnes identifiées dans la liste transmise, - la Directrice de l'établissement est désignée représentante de l'organisme gestionnaire et sa cadre de santé comme étant sa suppléante, - les administrateurs de l'EHPAD ne sont pas désignés représentants de l'organisme gestionnaire.	Ecart 5 : les représentants des personnes accompagnées au CVS ne sont pas élus, ce qui contrevient à l'article D311-10 du CASF. Remarque 5 : l'incohérence du nombre des représentant des familles du CVS élus et ceux inscrits sur la liste des résultats des élections entraine de la confusion. Ecart 6 : en désignant la Directrice de l'établissement comme représentant de l'organisme gestionnaire au CVS, l'établissement contrevient aux articles D311-5 et D311-9 du CASF.	Prescription 5 : élire les représentants des personnes accompagnées, conformément à l'article D311-10 du CASF. Recommandation 5 : respecter le nombre de représentants des familles élus au 05/03/2024 lors des CVS. Prescription 6 : nommer un administrateur du conseil d'administration de l'EHPAD au moins comme représentant de l'organisme gestionnaire, conformément aux articles D311-5 et D311-9 du CASF.	1.17 règlement intérieur CVS	Le niveau de dépendance des résidents accueillis étant très élevé, il est très difficile d'organiser des élections pour les représentants des usagers au CVS. De plus l'expérience nous montre que très rapidement les résidents élus lors d'élection ne sont plus capables ou d'accord pour siéger c'est pourquoi les membres de l'ancien CVS avaient acté le fait que pour les usagers nous ferions appel aux volontaires quelques semaines avant la 1ère réunion du nouveau CVS. Par la suite ceux-ci seront conviés et nous solliciterons au besoin de nouveaux membres pour les remplacer pour chaque séance ultérieure. 4 résidentes ont ainsi siégé lors du CVS du 28 mai, et 2 d'entre elles ont été élues Présidente et Vice-Présidente représentantes des usagers. Le nombre de représentants des familles avaient été fixés à 8 (4 titulaires et 4 suppléants) mais seules 7 personnes se sont portées volontaires, d'où l'existence de seulement 7 représentants des familles (4 titulaires et 3 suppléants). Nous avons effectivement commis une erreur en inscrivant la directrice comme représentante de l'Administration dans les documents explicatifs préalables aux élections, mais celle-ci a été rectifiée dans le règlement intérieur joint (1.17 règlement intérieur CVS). La composition finale du CVS est annexée au règlement intérieur (1.17 règlement intérieur CVS).	Il est bien compris que l'établissement rencontre des difficultés pour constituer le CVS, au regard du public accueilli. Toutefois, il convient d'être au plus proche des exigences réglementaires. Il est noté qu'une double présidence est instaurée, ce qui entraine la nomination de 2 présidents et 2 vice-présidents, alors que le règlement intérieur du CVS ne le prévoit pas. Concernant les résidents, le règlement intérieur du CVS stipule qu'un appel à volontariat est renouvelé avant chaque réunion du Conseil et que ceux qui se désignent volontaires peuvent être retenus pour être représentants des personnes accompagnées. Cela peut poser un problème de continuité de la représentation des résidents, qui peut donc varier d'une séance à l'autre. L'absence de stabilité de la représentation des résidents peut fragiliser le CVS et rendre peu lisible la représentation des résidents. Concernant la représentation de l'organisme gestionnaire, il est bien acté que 2 personnes le représentent. La prescription 5 et la recommandation 5 sont maintenues. La prescription 6 est levée.
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 n'a pas encore été établi en raison de la tenue récente des élections des membres du CVS. Il est bien noté que son approbation aura lieu lors du CVS d'installation du 21/05/2024.					
1.19 Joindre les 3 PV du CVS de 2022, 2023 et ceux réunis éventuellement en 2024	Oui	7 comptes rendus de CVS ont été remis : 09/03/2022, 01/06/2022, 22/09/2022, 03/03/2023, 03/07/2023, 17/10/2023 et 06/02/2024. Les comptes rendus sont bien formalisés et font état de points de présentation sur des sujets variés intéressant la situation financière de l'EHPAD, la prise en charge des résidents et des questions posées par les familles/résidents. Enfin, il est constaté qu'il n'y a plus de président de CVS depuis le 01/06/2022 et par ailleurs, la Directrice signe les comptes rendus du CVS.	Ecart 7 : le président du CVS n'est pas élu ce qui contrevient à l'article D311-9 du CASF. Ecart 8 : en faisant signer le compte rendu du CVS par la Directrice, l'établissement contrevient à l'article D311-20 du CASF.	Prescription 7 : élire le président du CVS conformément à l'article D311-9 du CASF. Prescription 8 : faire signer les comptes rendus par le seul Président du CVS, une fois élu, conformément à l'article D311-20 du CASF.	1.19 compte-rendu du CVS du 28 mai 2024 et 1.19 règlement intérieur CVS	Lors du CVS du 28 mai dernier les membres présents ont élu un Président et un Vice-Président représentant les usagers et 2 autres représentants les familles. Le choix a été fait de procéder ainsi afin d'assurer la continuité en palliant à une indisponibilité passagère ou au départ de l'un d'entre eux (1.19 compte-rendu du CVS du 28 mai 2024 et 1.19 règlement intérieur CVS). Désormais les 2 Présidents (ou vice-présidents en cas d'absence) signent le compte-rendu du CVS (1.19 compte-rendu du CVS du 28 mai 2024).	Avec 2 présidents et 2 vice-présidents élus, l'établissement ne respecte pas la réglementation. Il est acté que les comptes rendus sont signés. La prescription 7 est maintenue. 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 AI sont autorisés au 1er janvier 2023 ? Joindre le justificatif.	Oui	Il est déclaré que l'établissement est autorisé pour deux places en d'hébergement temporaire, dont une est positionnée en secteur UVP. L'arrêté ARS n°2016-7714 portant renouvellement d'autorisation de l'EHPAD atteste que l'établissement est autorisé pour deux places en hébergement temporaire, notamment pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'autres maladies apparentées.					
2.2 Si <u>hébergement temporaire</u> : préciser le taux d'occupation de l'hébergement temporaire pour 2023 et 1er trimestre 2024. Si <u>accueil de jour</u> : transmettre la file active pour 2023 et 1er trimestre 2024. Joindre le justificatif.	Oui	Il est bien noté que les places d'hébergement temporaire de l'EHPAD sont considérées comme un service de répit pour soulager les aidants familiaux. Toutefois, il est noté que l'établissement connaît un faible taux d'occupation sur les deux places d'hébergement temporaire. En 2023, l'activité d'hébergement temporaire a connu un taux d'occupation de seulement 43% et au premier semestre 2024, il est de 40%.	Remarque 6 : avec un faible taux d'occupation de l'hébergement temporaire en 2023 et 2024, l'établissement n'atteste pas qu'il utilise ce dispositif de manière efficiente.	Recommandation 6 : pourvoir les deux places disponibles en hébergement temporaire afin de garantir une offre de soins et d'accueil efficiente.		Nous prenons note de votre recommandation, un travail a d'ores-et-déjà débuté depuis 1 an avec les acteurs du domicile du secteur pour faire connaître notre service d'hébergement temporaire et la Directrice de l'établissement anime un groupe de travail sur ce thème au sein de la filière gériatrique du bassin stéphanois avec pour objectif d'élaborer un livret de présentation des places d'hébergement temporaire du secteur en fonction de leur finalité (sortie d'hospitalisation ou accueil de répit). A noter que sur les mois de juin et juillet 2024 nos taux d'occupation de ces 2 places a été respectivement de 90% et 82%.	La réponse mentionne un taux d'occupation en nette augmentation sur 2024. La réflexion et les travaux engagés par l'EHPAD en concertation avec d'autres acteurs du domicile et de la filière gériatrique semblent porter leurs fruits. La recommandation 6 est levée.
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	Le projet de service de l'hébergement temporaire de l'EHPAD est très succinct (une seule page). En atteste l'extrait remis du projet d'établissement 2020-2024 sur l'hébergement temporaire. Il est rappelé que l'hébergement temporaire répond à des objectifs précis. Ce projet de service ne peut se limiter qu'à la définition des cas de recours de cette modalité de prise en charge. L'établissement veille à ce que le prochain projet d'établissement intègre un projet de service de l'hébergement temporaire décrivant l'accompagnement des personnes accueillies en HT de manière complète, de l'admission jusqu'à la sortie et présenter de manière exhaustive : les objectifs opérationnels de l'HT, les modalités d'admission, de séjour, d'organisation de la sortie et du retour à domicile, le projet d'accompagnement personnalisé, le programme d'actions de soutien des aidants, la prévention et l'éducation à la santé, l'organisation interne au sein de la structure, l'équipe et son dimensionnement, l'inscription dans les dispositifs de coordination gérontologique et dans le réseau des partenaires locaux (sociaux, médico-sociaux et sanitaires).	Ecart 9 : il n'existe pas de projet de service complet pour l'hébergement temporaire ce qui contrevient à l'article D312-9 du CASF.	Prescription 9 : rédiger un projet de service complet pour l'hébergement temporaire, qui s'intégrera dans le prochain projet d'établissement en vertu de l'article D312-9 du CASF.		Nous prenons note de votre prescription et un projet complet du service d'hébergement temporaire sera rédigé dans le cadre de la rédaction du projet d'établissement 2025-2029 de l'établissement.	Il est pris bonne note de l'engagement de l'établissement. Pour autant, la prescription 9 est maintenue, dans l'attente de la rédaction du projet de service complet pour l'hébergement temporaire, qui s'intégrera dans le prochain projet d'établissement.

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 ne dispose pas d'équipe dédiée pour les deux places d'hébergement temporaire.					
2.5 Quelle est sa composition en indiquant la qualification pour chaque poste occupé? Joindre les diplômes.	Oui	Au vu de la réponse à la question 2.4, l'établissement n'est pas concerné par la question 2.5.					
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	Le règlement de fonctionnement de l'EHPAD présente l'hébergement temporaire sur la partie administrative (chèque de caution) et sur le nombre de lit octroyé à ce type d'hébergement.					