



RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE

Liberté  
Égalité  
Fraternité



Délégation départementale de Seine-et-Marne

**Établissement d'hébergement pour personnes âgées  
dépendantes (EHPAD)**  
**ETABLISSEMENT SOCIAL COMMUNAL**  
**DE RETRAITE**  
**EHPAD DE CRECY**  
**18 rue de la Chapelle, 77580 CRECY-LA-CHAPELLE**  
**N° FINESS : 770701050**

**RAPPORT DE CONTRÔLE**

**N°2024\_IDF\_00571**

**Contrôle sur pièces du 5 août 2024**

Mission conduite par

[REDACTED]

Accompagnée par

[REDACTED]

Textes de référence

- Article L.313-13 du Code de l'Action Sociale et des Familles
- Article L.1421-1 à L.1421-3 du Code de la Santé Publique
- Article L.1435-7 du Code de la Santé Publique

## AVERTISSEMENT

Un rapport de contrôle fait partie des documents administratifs communicables aux personnes qui en font la demande, conformément aux articles L. 311-1 et 2 du Code des relations entre le public et l'administration (CRPA). Ces dispositions lui sont ainsi applicables selon des modalités précisées ci-dessous.

Si, en application de ces dispositions, les autorités administratives sont tenues de communiquer les documents administratifs qu'elles détiennent, ce droit à communication contient cependant des restrictions et notamment :

**1/ Les restrictions tenant à la nature du document :**

- Le droit à communication ne s'applique qu'à des documents achevés conformément à l'article L. 311-2 du CRPA ;
- Seul le rapport définitif est communicable aux tiers ;
- Le droit à communication ne concerne pas les documents préparatoires à une décision administrative tant qu'elle est en cours d'élaboration.

**2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :**

- L'article L. 311-5, 2° du CRPA dispose que : « *ne sont pas communicables (...), les autres documents administratifs dont la consultation ou la communication porterait atteinte (...) au déroulement des procédures engagées devant les juridictions ou d'opérations préliminaires à de telles procédures, sauf autorisation donnée par l'autorité compétente* ».

**3/ Les restrictions concernant la qualité des bénéficiaires du droit à communication :**

- L'article L. 311-6 du CRPA dispose que « *ne sont communicables qu'à l'intéressé [et non à des tiers] les documents administratifs :*
  - o *Dont la communication porterait atteinte à la protection de la vie privée, au secret médical et au secret des affaires (...);*
  - o *Portant une appréciation ou un jugement de valeur sur une personne physique, nommément désignée ou facilement identifiable ;*
  - o *Faisant apparaître le comportement d'une personne, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice ;*
  - o *Les informations à caractère médical sont communiquées à l'intéressé, selon son choix, directement ou par l'intermédiaire qu'il désigne à cet effet, conformément à l'article L. 1111-7 du code de la santé publique ».*
- L'article L. 311-7 du CRPA dispose que : « *lorsque la demande porte sur un document comportant des mentions qui ne sont pas communicables en application des articles L. 311-5 et L. 311-6 mais qu'il est possible d'occulter ou de disjoindre, le document est communiqué au demandeur après occultation ou disjonction de ces mentions* ».

Il appartient au commanditaire du contrôle auquel le rapport est destiné, d'apprécier au cas par cas si certaines des informations contenues dans le rapport relèvent de l'une des catégories ci-dessus.

Enfin :

- L'administration n'est pas tenue de donner suite aux demandes abusives, en particulier par leur nombre ou leur caractère répétitif ou systématique ;
- En tout état de cause, les personnes morales et physiques dépositaires de ces documents (autorités administratives, dirigeants et gestionnaires d'organismes, d'associations ou d'établissements) restent soumises aux obligations de discrétion ou de secret qui leur sont propres. Elles devront répondre d'une utilisation et d'une conservation des documents communiqués conformes à leur nature. Il leur appartiendra tout particulièrement de prévenir l'éventuelle divulgation des données de caractère personnel et nominatif pouvant figurer dans les rapports et soumises à protection particulière.

## SOMMAIRE

<b>Synthèse .....</b>	<b>4</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>5</b>
Contexte de la mission d'inspection .....	5
Modalités de mise en œuvre.....	5
Présentation de l'établissement.....	6
<b>Constats .....</b>	<b>8</b>
Gouvernance .....	9
Conformité aux conditions de l'autorisation .....	9
Management et stratégie .....	10
Animation et fonctionnement des instances.....	11
Fonctions support.....	12
Gestion des ressources humaines.....	12
Sécurité des personnes .....	14
Prises en charge.....	15
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie.....	15
<b>Récapitulatif des écarts et des remarques.....</b>	<b>16</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>17</b>
<b>Glossaire .....</b>	<b>18</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>19</b>
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle .....	19
Annexe 2 : Liste des documents demandés.....	22

## Synthèse

### **Eléments déclencheurs de la mission**

Le présent contrôle, diligenté sur le fondement de l'article L.313-13 V du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), s'inscrit dans le plan national d'inspection et de contrôle des EHPAD dont la poursuite jusqu'en 2024 fait l'objet d'une « orientation nationale d'inspection - contrôle » (ONIC).

Le ciblage a été opéré à partir d'une analyse qui a classé l'EHPAD parmi les établissements restant à contrôler dans le cadre de ce plan, dans un calendrier prenant en compte la date prévisionnelle de signature du CPOM, l'EHPAD étant classé dans une catégorie de risque limité ne justifiant pas d'emblée d'un contrôle sur place (inspection).

### **Méthodologie suivie et difficultés rencontrées**

Le contrôle a été réalisé par l'ARS en mode annoncé. Le Conseil départemental a été informés du ciblage.

L'analyse a porté sur les constats faits sur pièces.

Le périmètre des investigations a été établi en fonction des informations disponibles concernant l'établissement et a porté sur les thématiques suivantes :

#### GOUVERNANCE

1. Conformité aux conditions d'autorisation
2. Management et stratégie
3. Animation et fonctionnement des instances

#### FONCTIONS SUPPORT

4. Gestion des ressources humaines
5. Sécurité des résidents

#### PRISE EN CHARGE

6. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie

### **Principaux écarts et remarques constatés par la mission**

Cf chapitre « Conclusion ».

## Introduction

### Contexte de la mission d'inspection

Le Gouvernement a engagé début février 2022 la mise en œuvre d'un plan national d'inspection et de contrôle des EHPAD dont la poursuite jusqu'en 2024 fait l'objet d'une « orientation nationale d'inspection - contrôle » validée par le Conseil national de pilotage des ARS. Les effets attendus du plan sont les suivants :

- Prévenir, repérer et corriger (le cas échéant) les écarts à la norme, les carences, les risques de maltraitance et les dysfonctionnements de nature à affecter la prise en charge des personnes âgées accueillies en EHPAD et / ou le respect de leurs droits ;
- Améliorer la qualité globale des prestations mises en œuvre par les EHPAD, aux fins de garantir la sécurité et le bien-être des résidents, l'individualisation des prises en charge et le respect de leurs droits et libertés.

Les informations connues par l'ARS ont conduit à l'inscription de l'EHPAD de Crécy, situé au 18 rue de la Chapelle, 77580 CRECY-LA-CHAPELLE (FINESS : 770701050), dans la programmation des contrôles à réaliser dans le cadre de ce plan.

Le contrôle de cet établissement, diligenté à ce titre sur le fondement de l'article L.313-13 V du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), a pour objectif de réaliser une évaluation et une vérification des conditions de son fonctionnement et de la qualité des prises en charge des résidents.

Le périmètre des investigations a été établi en fonction des informations disponibles concernant l'établissement et a porté sur les thématiques suivantes :

#### GOUVERNANCE

1. Conformité aux conditions d'autorisation
2. Management et stratégie
3. Animation et fonctionnement des instances

#### FONCTIONS SUPPORT

4. Gestion des ressources humaines
5. Sécurité des résidents

#### PRISE EN CHARGE

6. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie

### Modalités de mise en œuvre

Ce contrôle a été réalisé sur pièces le 5 août 2024, avec annonce préalable à l'établissement.

Un e-mail a été transmis à la direction le 22 juillet 2024, auquel étaient joints :

- La lettre de mission où étaient précisés les thématiques abordées dans le cadre du contrôle ;
- La liste des documents à transmettre et le délai de transmission (5 jours) ;
- Les modalités opérationnelles :
  - o de connexion de l'inspecté à l'outil sécurisé <https://bluefiles.com/ars/ars-dd77-etab-medico-sociaux> qui a été utilisé pour la transmission des documents ;
  - o de dépôt de documents (éléments probants).

La composition de la mission figure en p.1 du rapport et dans la lettre de mission en **annexe 1**.

La liste des documents demandés et le relevé des documents transmis figure en **annexe 2**.

## Présentation de l'établissement

Situé au 18 rue de la Chapelle 77580 CRECY-LA-CHAPELLE, l'EHPAD de Crécy est un établissement public autonome géré par l'association « Etablissement social communal de retraite » dont le siège social est situé à la même adresse.

L'établissement dispose d'une capacité autorisée de 63 places d'hébergement permanent.

Il est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

Selon le procès-verbal d'évaluation de la coupe AGGIR-PATHOS du [REDACTED] le GMP s'élève [REDACTED] et le PMP [REDACTED]. Aussi, les données de l'EHPAD sont en dessous des chiffres médians régionaux<sup>1</sup> mentionnés en note de bas de page s'agissant du GMP; le PMP est du même ordre de grandeur de la moyenne régionale.

Les 55 résidents accueillis lors du contrôle sur pièces étaient répartis comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6	Résidents sans niveau GIR
EHPAD «EHPAD»	[REDACTED]					
IDF <sup>2</sup> 2022	14,46 %	41,51 %	19,59 %	17,95 %	2,54 %	

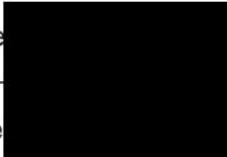
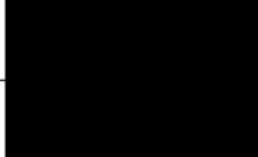
Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) était prévu pour [REDACTED]

---

<sup>1</sup> En Île-de-France, le GMP et le PMP validé médian s'élève respectivement à 742 et 227 d'après le tableau de bord de la performance (campagne EHPAD 2023 sur les données de 2022) (N=606).

<sup>2</sup> Médiane des GIR d'Île-de-France issue du tableau de bord de la performance (campagne EHPAD 2023 sur les données de 2022) (N=607).

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	EHPAD DE CRECY	
Nom de l'organisme gestionnaire	Etablissement social communal de retraite	
Numéro FINESS géographique	770701050	
Numéro FINESS juridique	770000602	
Statut juridique	Public autonome	
Option tarifaire	Partielle	
Pharmacie à usage interne (PUI)	Non	
GMP en vigueur validé le		
PMP en vigueur validé le		
Capacité autorisée de l'établissement	Type	Nombre
	HP <sup>3</sup>	63
	HT <sup>4</sup>	Non concerné
	PASA <sup>5</sup>	Non concerné
	AJ <sup>6</sup>	Non concerné
	UHR <sup>7</sup>	Non concerné
	UPHV <sup>8</sup>	Non concerné
	PFR <sup>9</sup>	Non concerné
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	63	

<sup>3</sup> Hébergement permanent.

<sup>4</sup> Hébergement temporaire.

<sup>5</sup> Pôle d'activité et de soins adaptés.

<sup>6</sup> Accueil de jour.

<sup>7</sup> Unité d'hébergement renforcée.

<sup>8</sup> Unité pour les personnes handicapées vieillissantes.

<sup>9</sup> Plateformes d'accompagnement et de répit.

## Constats

Le rapport est établi au vu des réponses apportées aux questions posées sur une base déclarative et aux documents probants transmis.

La grille est renseignée de la façon suivante : O/C (Oui / Conforme), N/NC (Non / Non Conforme).

**Ecart** : noté « E » : non-conformité par rapport à une norme de niveau réglementaire ;

**Remarque** : noté « R » : non-conformité par rapport à une recommandation de bonne pratique et/ou à un standard référencé.

## Gouvernance

### Conformité aux conditions de l'autorisation

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	O / N / NC	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP														
1.1.1.2	Conformité aux conditions d'autorisation	L'EHPAD est-il conforme aux conditions de l'autorisation ?	O / C	L'organisme gestionnaire est celui précisé dans l'autorisation. Le nombre de résidents accueillis (55) n'est pas supérieur au nombre de places autorisé.		<p>L313-1 alinéa 4 du CASF (autorisation pour 15 ans, info si changement d'activité, d'installation, d'organisation, de direction ou de fonctionnement, renouvellement autorisation selon résultats évaluation)</p> <p>L313-4 CASF (conditions d'accord de l'autorisation) (APA établissement 60 ans)</p> <p>D312-155-0-1 CASF (PASA)</p> <p>D312-155-0-2 CASF (UHR)</p> <p>D312-8 et -9 CASF (accueil temporaire)</p>														
1.1.3.1	Conformité aux conditions d'autorisation	Quelles sont les caractéristiques de la population accueillie ?	O / C	<table border="1"> <tr> <td>Dépendance</td> <td>GIR 1</td> <td>GIR 2</td> <td>GIR 3</td> <td>GIR 4</td> <td>GIR 4</td> <td>GIR 6</td> </tr> <tr> <td>Pourcentage de la population accueillie/ places HP</td> <td>[REDACTED]</td> <td>[REDACTED]</td> <td>[REDACTED]</td> <td>[REDACTED]</td> <td>[REDACTED]</td> <td>[REDACTED]</td> </tr> </table> <p>La répartition en GIR est conforme aux proportions prévues à l'article D. 313-15 du CASF avec pour les GIR de 1 à 3 = [REDACTED] % des résidents et les GIR de 1 à 2 [REDACTED] % des résidents.</p>	Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 4	GIR 6	Pourcentage de la population accueillie/ places HP	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		<p>D313-15 du CASF (EHPAD : 2 critères cumulés doivent être remplis : "Les EHPAD accueillent une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 3 &gt; à 15 % de la capacité autorisée et une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 2 &gt; à 10 % de la capacité autorisée")</p> <p>D312-158, 2° (avis du MEDCO à l'admission), 4°(évaluation par le MEDCO de l'état de dépendance des résidents et de leurs besoins en soins requis), 6° du CASF (évaluation gériatrique)</p> <p>R.314-170 à R.314-171-3 du code de l'action sociale et des familles (CASF) relatif à l'évaluation de la perte d'autonomie et des besoins en soins requis des personnes hébergées.</p>
Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 4	GIR 6														
Pourcentage de la population accueillie/ places HP	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]														

## Management et stratégie

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	O / C	N / NC	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.1.2	Management et stratégie	Le règlement de fonctionnement	O	NC	<p>Le règlement de fonctionnement n'est pas daté. Par ailleurs, il n'a pas été présenté au CVS.</p> <p>La direction de l'établissement a informé la mission d'inspection que la présentation du règlement de fonctionnement au CVS se fera au mois d'octobre 2024.</p>	E1	L311-7 CASF (règlement de fonctionnement, consultation CVS) R311-34 CASF (affichage et remise du règlement fonctionnement) R311-35, R311-36, R311-37 du CASF (contenu RF)
1.2.1.5	Management et stratégie	Le projet d'établissement  Le projet général de soins est-il élaboré et intégré au PE ?  Intègre-t-il un volet relatif aux soins palliatifs ?  Fait-il référence au plan bleu ?	O	NC	<p>Le projet d'établissement date de plus de cinq ans. Il ne mentionne pas la liste des personnes qualifiées.</p>	E2	L311-8 du CASF (contenu PE/PE tous les 5 ans), L315-17 (directeur d'un EHPAD public) et D312-176-5 CASF (privé) D311-38 du CASF (projet général de soins pour l'application du PE : volet relatif aux soins palliatifs) R314-88, I, 1° du CASF (prestation du siège social pouvant être autorisée dans les frais de siège : participation du siège à l'élaboration/l'actualisation du PE) D312-158, 1° du CASF (MEDCO élabore projet général de soins s'intégrant dans PE) D312-160 CASF (plan en cas de crise sanitaire ou climatique) RBPP "Elaboration, rédaction et animation d'un PE en ESMS" Anesm-HAS
1.2.1.6	Management et stratégie	Existe-t-il un « plan bleu » actualisé et adapté à la structure ?	O / C				L.311-3 du CASF (sécurité des prises en charge) D312-160 CASF (plan en cas de crise sanitaire ou climatique) D312-155-4-1 (PE, partie en cas de crise sanitaire ou climatique) Arrêté du 7 juillet 2005, modifié par l'arrêté du 8 août 2005, fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique.
1.2.2.1	Management et stratégie	Y-a-t-il un directeur en poste dans l'établissement ? Existe-t-il un organigramme à jour (noms et ETP) de la structure, est-il disponible et affiché ? L'organigramme traduit-il les liens hiérarchiques et fonctionnels ?	O / C				L315-17 (directeur EHPAD public) et D 312-176-5 CASF (DUD en EHPAD privé) Circulaire DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24/03/2004 relative au livret d'accueil L311-8 CASF (PE avec modalités d'organisation et fonctionnement) D312-155-0 du CASF (missions et professionnels d'un EHPAD) L312-1, II, 4° CASF (personnels qualifiés en EHPAD) HAS « Stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », et « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance », 2008
1.2.2.7	Management et stratégie	Les diplômes du directeur de l'EHPAD sont-ils réglementaires ?	O / C				D312-176-6 du CASF (certification de niveau I du directeur) D312-176-7 CASF (certification de niveau II du directeur) D312-176-10 (établissements publics communaux) Circulaire DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007 (qualification des professionnels de direction ESMS)

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	O / C	N / NC	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.2.8	<b>Management et stratégie</b>	Existe-t-il des astreintes administratives (personnels de direction et/ou cadres) et des astreintes techniques ?	O		Le document transmis à la mission d'inspection comporte uniquement le nom de la directrice adjointe sans date. La période d'astreinte de la directrice adjointe n'est pas renseignée.	R1	
1.2.2.10	<b>Management et stratégie</b>	Les délégations ont-elles été formalisées par écrit ?	O		Le document transmis à la mission d'inspection et qui précise les délégations et subdélégations ne comporte aucun nom.	E3	D312-176-5 CASF (document unique de délégation du directeur - EHPAD privé - adressé au CVS et autorités compétentes) R314-88 CASF ( prestations incluses dans les frais de siège-DUD) D315-68 CASF ( contenu délégation, EHPAD public) D315-70 CASF ( transmission et publication des délégations) D315-71 CASF ( délégation de signature pdt du CA-> directeur)
1.2.2.12	<b>Management et stratégie</b>	L'EHPAD dispose-t-il d'un IDEC ?	O / C				RBPP HAS "Qualité de vie en EHPAD, volet 1 : de l'accueil de la personne à son accompagnement", 2011 Ordre national des infirmiers, l'IDEC en EHPAD (site internet)
1.2.2.13	<b>Management et stratégie</b>	La direction a-t-elle remis la fiche de poste à l'IDEC ?	O / C				
1.2.2.14	<b>Management et stratégie</b>	Existe-t-il un médecin coordonnateur (MEDCO) ou un médecin responsable de l'équipe et de la coordination de la prise en charge ?  Est-ce que la quotité d'ETP est conforme à la réglementation ?	N / NC		Aucun contrat de médecin coordonnateur n'a été fourni à la mission et la direction de l'établissement a indiqué que l'EHPAD ne dispose pas de médecin coordonnateur.	E4	D312-156 du CASF (ETP MEDCO)

### Animation et fonctionnement des instances

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	O / C	N / NC	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
1.3.3.1	<b>Animation et fonctionnement des instances</b>	Conseil de la vie sociale	O / C				D311-4 à D311-20 CASF
1.3.3.2	<b>Animation et fonctionnement des instances</b>	Le CVS est-il informé des EI et dysfonctionnements au sein de l'EHPAD ainsi que les actions correctrices mises en œuvre ?	O / C				R331-10 CASF

## Fonctions support

### Gestion des ressources humaines

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	O / N I / C NC	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.1.1	Gestion des ressources humaines	Conformité de l'équipe pluridisciplinaire	NC	<p>La mission constate à la date du contrôle que l'établissement affecte pour la prise en charge des soins et de l'accompagnement des résidents, l'effectif soignant permanent suivant en équivalents temps plein (ETP) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– [REDACTED] d'AS en CDI/titulaire et CDD long,</li> <li>– [REDACTED] d'AES/AMP en CDI/titulaire et CDD long,</li> <li>– dont [REDACTED] DEC, en CDI/titulaire et CDD long.</li> </ul> <p>La mission informe l'établissement que pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents au regard de l'effectif soignant de l'établissement actuellement en poste, elle se base sur un effectif minimal de soignants requis calculé sur des critères définis par l'ARS IDF dans le cadre de la contractualisation du CPOM. Les critères retenus prennent en compte la dernière coupe AGGIR/PATHOS pour définir la charge en soins et dépendance de l'établissement et le nombre de places en hébergement permanent autorisées.</p> <p>Selon ces critères, le besoin minimum en ETP soignants de l'établissement est de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– [REDACTED] AS/AES et son effectif AS/AES/AMP de [REDACTED] ETP à la date du contrôle, est non conforme en termes de quantité.</li> <li>– [REDACTED] IDE et son effectif IDE de [REDACTED] ETP à la date du contrôle, est conforme en termes de quantité.</li> </ul> <p>L'établissement affecte également [REDACTED] ETP d'ASH exerçant les fonctions d'AS/AES/AMP en CDI/titulaire et CDD long que la mission ne peut pas considérer comme faisant partie de l'effectif soignant, car leur fonction ne fait pas partie de l'équipe pluridisciplinaire décrite à l'article D. 312-155-0, II du CASF et ces agents se retrouvent de fait en exercice illégal des professions d'AS/AES ; ce qui contrevient aux articles D.451-88 du CASF et L.4391-1 du CSP.</p>	E5	<p>D312-155-0 du CASF L.311-3 1<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup> CASF L311-8 CASF D451-88 du CASF L4391-1 du CSP</p> <p>RBPP HAS : Les déterminants de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022<sup>10</sup>.</p>
2.1.1.3	Gestion des ressources humaines	Quelle est la proportion de rotation du personnel et taux d'absentéisme ?	O / C	<p>Le tableau de bord de l'ANAP indique un taux d'absentéisme de [REDACTED] % en 2023 contre [REDACTED] en 2022 et [REDACTED] comme taux de rotation contre [REDACTED] en 2022.</p>		<p>L.311-3 1<sup>o</sup> CASF (Sécurité résident) L311-3 3<sup>o</sup> (PEC et accompagnement de qualité)</p> <p>Arrêté du 10 avril 2019 relatif à la généralisation du tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social (taux de remplissage minimum du tableau ANAP = 90 %)</p>

<sup>10</sup> Pour assurer la continuité des soins, et *a fortiori*, la qualité des soins, la stabilité des effectifs soignants est indispensable, et repose notamment sur la présence d'agents en contrat pérenne (CDI/titulaire et CDD long) majoritairement dans l'effectif financé par le forfait global relatif aux soins.

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	O / N / NC	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.2.1	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il un plan de formation ?	O	Il n'y a pas de formation sur la maltraitance dans les plans de formations transmis par l'établissement.	R2	HAS, "Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées et le traitement de la maltraitance", 2008 L119-1 CASF (Définition maltraitance) HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance", 2008
2.1.2.5	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il un protocole d'accueil des nouveaux professionnels ?	O / C			HAS « La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre », 2008 (§ Repère n° 4.2.1 « Accueillir le nouveau professionnel et lui donner les moyens de comprendre et de s'adapter aux usagers qu'il accompagne »)
2.1.4.5	Gestion des ressources humaines	Comment est organisée la planification des professionnels :  - horaires du personnel, - répartition sur la journée, - répartition sur la semaine, - temps de travail sur une période, - repos entre 2 postes ?  Quels sont les effectifs présents le jour du contrôle ?  Sont-ils conformes aux plannings établis ?	NC	L'ensemble de la légende des plannings n'a pas été fourni à la mission d'inspection. De ce fait, l'analyse exhaustive des plannings n'a pas été possible.  Selon les fiches de tâches des AS du jour et les plannings, la répartition des horaires se fait de la manière suivante : L'équipe AS/AES jour : - Équipe 1 [REDACTED] - Équipe 2 [REDACTED]  Concernant les IDE, l'absence de légende exhaustive des plannings ne permet pas de décrire leur organisation.	E6	L311-3, 1° CASF (Sécurité du résident)
2.1.4.2	Gestion des ressources humaines	Les personnels disposent-ils de fiches de poste adaptées ?	O / C			
2.1.4.4	Gestion des ressources humaines	Glissement de tâches	NC	L'établissement affecte également [REDACTED] d'ASH exerçant les fonctions d'AS/AES/AMP en CDI/titulaire et CDD long que la mission ne peut pas considérer comme faisant partie de l'effectif soignant, car leur fonction ne fait pas partie de l'équipe pluridisciplinaire décrite à l'article D. 312-155-0, II du CASF et ces agents se retrouvent de fait en exercice illégal des professions d'AS/AES ; ce qui contrevient aux articles D.451-88 du CASF et L.4391-1 du CSP. Par ailleurs, sur la fiche de tâche d'AS/ASH de nuit, il est mentionné distribution de médicaments, ce qui laisse soupçonné des glissements de tâches.	E5	L451-1 du CASF (agrément des formations sociales) L.4391-1 du CSP (exercice aide-soignant) et arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au DEAS D451-88 et -89 CASF et annexe 1 de l'arrêté du 30 août 2021 relatif au DE AES (missions AES) R4311-1 CSP (missions IDE) D312-155, 2° CASF L311-3, 1° CASF (Sécurité du résident)
2.1.4.7	Gestion des ressources humaines	Comment la structure fait-elle face aux absences prévues et inopinées ?	O / C			
2.1.4.10	Gestion des ressources humaines	Quelles sont les qualifications, expériences et formations du		L'équipe AS de nuit travaille en [REDACTED] En équipe de nuit, quatre salariés sont inscrits au planning : - [REDACTED] salariés diplômés AMP et [REDACTED] AS) ;	E6	D312-155-0 du CASF (pluridisciplinarité de l'équipe soignante) L.311-3 1° CASF (Sécurité résident)

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	O / C	N / NC	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
		personnel intervenant la nuit ou le week-end ?			<p>- FFAS avec [REDACTED] d'expérience.</p> <p>Les week-ends, su [REDACTED] salariés inscrits au planning la mission comptabilise :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- [REDACTED] salariés diplômés [REDACTED] IDE, [REDACTED] AES, [REDACTED] AMP) ;</li> <li>- [REDACTED] salariés qui ne sont pas diplômés qui sont des FFAS [REDACTED] années d'expérience pour deux d'entre eux et [REDACTED] années d'expériences pour le [REDACTED]</li> </ul> <p>L'absence de légende exhaustive des plannings ne permet pas une analyse permettant de vérifier que les résidents sont en sécurité notamment la nuit</p>		L311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité) L311-8 CASF

## Sécurité des personnes

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	O / C	N / NC	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
2.5.4.3	Sécurité des personnes	Existe-t-il une organisation permettant de s'assurer que le système de réponse aux appels des résidents (sonnettes...) garantit une réponse rapide ?		NC	L'extraction des appels malades fournie ne permet pas de déterminer le délai de réponse apporté par les professionnels aux appels.	E7	<p>L313-4 CASF (docs sur droits du résident)</p> <p>L311-3 CASF 1° (sécurité du résident)</p> <p>Art. D312-155-0, I, 2° : Les EHPAD "...proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés... et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée".</p>

## Prises en charge

### Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	O / C N / NC	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
3.1.1.1	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Conformité réglementaire des demandes d'admission	O / C			(obligation cerfa DU) R311-33 à -37 CASF (Règlement de Fonctionnement) D312-155-1 CASF Annexe 2-3-112 / D312-159-2 CASF et D312-158 CASF HAS, "Qualité de vie en EHPAD, volet 1", 2011
3.1.4.4	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Commission de coordination gériatrique (CCG)	N / NC	Le compte-rendu de réunion de la CCG n'est pas fourni et la directrice de l'établissement indique qu'en l'absence de médecin coordonnateur, il n'y a pas eu de CCG.	E8	D312-158, 3° (MEDCO préside la commission réunie au moins 1x/an) du CASF  Arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D312-158 du code de l'action sociale et des familles  HAS, "La Commission de coordination gériatrique", 2018
3.1.4.5	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Quelles sont les modalités d'intervention des médecins traitants ?	O / C	Les contrats des [redacted] médecins traitants qui prennent en charge les résidents ont été fournis à la mission.		R313-30-1 CASF (contrat médecin libéraux) L314-12 du CASF (rôle médecins libéraux dans EHPAD) D312-158 2° CASF (missions du MEDCO)
3.1.2.0	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Séjour, contrat de séjour ou document individuel de prise en charge, livret d'accueil		La direction de l'EHPAD a transmis trois fichiers dénommés contrat de séjour. Cependant, la mission n'a pas été en mesure d'exploiter ces documents (le contenu des fichiers ne peut s'afficher).	R3	L311-4 CASF (Docs sur droits résident - livret d'accueil et annexes - contrat de séjour) Arrêté du 8 septembre 2003 (charte droit et liberté)

## Récapitulatif des écarts et des remarques

Ecart	
E1 1.2.1.2	Le règlement de fonctionnement n'est pas daté. Par ailleurs, il n'a pas été présenté au CVS.
E2 1.2.1.5	Le projet d'établissement date de plus de cinq ans. Il ne mentionne pas la liste des personnes qualifiées.
E3 1.2.2.10	Le document transmis à la mission d'inspection qui précise les délégations et subdélégations ne comporte aucun nom.
E4 1.2.2.14	Aucun contrat de médecin coordonnateur n'a été fourni à la mission et l'EHPAD indique ne pas avoir de médecin coordonnateur.
E5 2.1.1.1 2.1.4.4	L'établissement affecte [REDACTED] ETP d'ASH exerçant les fonctions d'AS/AES/AMP en CDI/titulaire et CDD long. Aucun document attestant d'une formation qualifiante ou VAE de ces salariés non diplômés n'a été transmis à la mission. En conséquence, la mission ne peut considérer ces ASH comme faisant partie de l'effectif soignant (glissement de tâches).
E6 2.1.4.5 2.1.4.10	L'absence de légende exhaustive des plannings ne permet pas une analyse permettant de vérifier que les résidents sont en sécurité notamment la nuit.
E7 2.5.4.3	L'extraction des appels malades fournie ne permet pas de déterminer le délai de réponse apporté.
E8 3.1.4.4	Le compte-rendu de réunion de la commission de coordination gériatrique (CCG) n'est pas fourni et la directrice de l'établissement indique qu'en l'absence de médecin coordonnateur, il n'y'a pas eu de CCG.

Remarques	
R1 1.2.2.8	Il n'est pas mentionné de date ou période sur le document d'astreinte administrative.
R2 2.1.2.1	Il n'y a pas de formation sur la maltraitance dans les plans de formations transmis par l'établissement.
R3 3.1.2.0	La direction de l'EHPAD a transmis trois fichiers dénommés contrat de séjour. Cependant, la mission n'a pas été en mesure d'exploiter ces documents (le contenu des fichiers ne peut s'afficher).

## Conclusion

Le contrôle sur pièces de l'EHPAD de CRECY, géré par l'association « Etablissement social communal de retraite », a été réalisé le 5 août 2024 à partir des réponses apportées et des documents transmis par l'établissement.

La mission d'inspection a constaté le respect de la réglementation et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les domaines suivants :

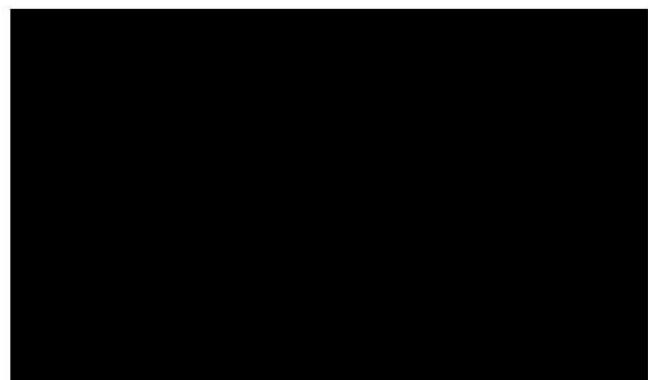
- Gouvernance :
  - o Conformité aux conditions d'autorisation ;
  - o Animation et fonctionnement des instances (CVS) ;
- Prises en charge :
  - o Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie :
    - Le circuit d'admission ;
    - Les modalités d'intervention des médecins libéraux.

Elle a cependant relevé des dysfonctionnements en matière de :

- Gouvernance :
  - o Management et stratégie :
    - Le règlement de fonctionnement n'est pas daté. Par ailleurs, il n'a pas été présenté au CVS ;
    - Le projet d'établissement date de plus de cinq ans. Il ne mentionne pas la liste des personnes qualifiées ;
    - Il n'est pas mentionné de date ou période sur le document d'astreinte administrative ;
    - Le document de délégation et subdélégations n'est pas nominatif ;
    - Aucun médecin coordonnateur n'exerce au sein de l'établissement.
- Fonctions support :
  - o Gestion des ressources humaines :
    - L'établissement emploie du personnel non diplômé (FFAS) aux fonctions d'AS sans formation qualifiante ;
    - Les fiches de tâches des FFAS se confondent avec celles des AS ;
    - L'absence de légende exhaustive des plannings ne permet pas une analyse permettant de vérifier que les résidents sont en sécurité notamment la nuit.
  - o Sécurité des personnes :
    - Les relevés d'appels malades n'indiquent pas le délai de réponse apporté par les professionnels.
- Prises en charge :
  - o Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie : la mission constate l'absence de commission de coordination gériatrique, liée à l'absence de médecin coordonnateur.

Ces constats nécessitent que le gestionnaire et la direction engagent rapidement des actions de correction et d'amélioration.

Lieusaint, le 9 août 2024



## Glossaire

**AGGIR** : Autonomie gérontologique groupes iso-ressources  
**AMP** : Auxiliaire médico-psychologique  
**ARS** : Agence Régionale de Santé  
**AS** : Aide-soignant  
**AES** : Accompagnant éducatif et social  
**AUX** : auxiliaire de vie  
**C** : conforme  
**NC** : non-conforme  
**CASF** : Code de l'action sociale et des familles  
**CCG** : Commission de coordination gériatrique  
**CDD** : Contrat à durée déterminée  
**CDI** : Contrat à durée indéterminée  
**CS** : Contrat de séjour  
**CNIL** : Commission nationale Informatique et Libertés  
**CNR** : Crédits non reconductibles  
**CPAM** : Caisse primaire d'assurance maladie  
**CPOM** : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens  
**CSP** : Code de la santé publique  
**CT** : Convention tripartite pluriannuelle  
**CVS** : Conseil de la vie sociale  
**DADS** : Déclaration annuelle des données sociales  
**DASRI** : Déchets d'activités de soins à risques infectieux  
**DLU** : dossier de liaison d'urgence  
**DUD** : Document unique de délégation  
**DUERP** : Document unique d'évaluation des risques professionnels  
**E** : Ecart  
**EHPA** : Etablissement hébergeant des personnes âgées  
**EHPAD** : Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes  
**EI/EIGG** : Evènement indésirable/évènement indésirable grave  
**ETP** : Equivalent temps plein  
**ERRD** : Etat réalisé des recettes et des dépenses  
**FFAS** : Faisant fonction aide-soignant  
**GIR** : Groupe Iso-Ressources  
**GMP** : Groupe Iso-Ressources moyen pondéré  
**HAD** : Hospitalisation à domicile  
**HAS** : Haute Autorité de Santé  
**HCSP** : Haut-comité de santé publique  
**IDE** : Infirmier diplômé d'Etat  
**IDEC** : Infirmier diplômé d'Etat coordonnateur  
**MEDCO** : Médecin coordonnateur  
**NC** : Non conforme  
**PVP** : Projet de vie personnalisé  
**PAQ** : Plan d'amélioration de la qualité  
**PASA** : Pôle d'activités et de soins adaptés  
**PECM** : Prise en charge médicamenteuse  
**PMR** : Personnes à mobilité réduite  
**PMP** : PATHOS moyen pondéré  
**PRIC** : Programme régional d'inspection et de contrôle  
**R** : Remarque  
**RDF** : Règlement de fonctionnement  
**UHR** : Unité d'hébergement renforcée  
**UVP** : Unité de vie protégée

## Annexes

### Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle



Délégation départementale de Seine-et-Marne  
Politique de l'offre de soins et de l'autonomie  
Département de l'Autonomie  
Responsable de l'Autonomie [REDACTED]  
Affaire à suivre [REDACTED]  
Courriel : [REDACTED]



Lieusaint, le 20/06/2024

Madame, Monsieur,

Le Gouvernement a engagé début février 2022 la mise en œuvre d'un plan national d'inspection et de contrôle des EHPAD dont la poursuite jusqu'en 2024 fait l'objet d'une « orientation nationale d'inspection - contrôle » validée par le Conseil national de pilotage des ARS. Les effets attendus du plan sont les suivants :

- Prévenir, repérer et corriger (le cas échéant) les écarts à la norme, les carences, les risques de maltraitance et les dysfonctionnements de nature à affecter la prise en charge des personnes âgées accueillies en EHPAD et / ou le respect de leurs droits ;
- Améliorer la qualité globale des prestations mises en œuvre par les EHPAD, aux fins de garantir la sécurité et le bien-être des résidents, l'individualisation des prises en charge et le respect de leurs droits et libertés.

Les informations connues de l'ARS et la programmation des négociations de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des EHPAD franciliens ont conduit à l'inscription des établissements listés en annexe 1 dans la programmation des contrôles à réaliser à ce filtre par la délégation départementale de l'ARS en Seine-et-Marne à partir du 20 juin 2024.

19 avenue Pierre Point - CS 30781 - 77567 LIEUSAINT Cedex  
Téléphone : 01 78 49 23 00  
[www.ars.iledefrance.ars.sante.fr](http://www.ars.iledefrance.ars.sante.fr)

Ces contrôles, diligentés sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF) et suivants, ont pour objectif de réaliser, pour chacun des établissements ciblés, une évaluation et une vérification des conditions de son fonctionnement et de la qualité des prises en charge des résidents, portant sur plusieurs thématiques suivantes :

- Conformité aux conditions d'autorisation
- Management & stratégie
- Animation et fonctionnement des instances
- Gestion des ressources humaines (RH)
- Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie

Les missions seront réalisées sur pièces (contrôles).

Chaque mission sera assurée par un ou plusieurs des inspecteurs suivants :



Vous pourrez être accompagnés pour la réalisation des contrôles par [redacted] personnes qualifiées désignées au titre de l'article L.1421-1 du CSP, délégation départementale de l'ARS de Seine-et-Marne.

Les contrôles seront réalisés en mode annoncé, avec information préalable de l'établissement par courrier doublé par un e-mail adressé au responsable de la structure.

Les éléments à analyser permettant le contrôle seront à transmettre à l'ARS en format numérique par l'établissement via la plateforme <https://bluefiles.com/ars/ars-dc77-etab-medico-sociaux>.

Les dispositions de l'article L.1421-3 du CSP<sup>1</sup> s'appliqueront. À cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à l'accomplissement des contrôles.

A l'issue de chaque mission, un rapport me sera remis dans un délai de deux mois à compter de la fin de la réception des documents demandés. Il sera accompagné d'un courrier de propositions de décisions administratives à l'attention de l'inspecté.

Ce courrier de propositions de décisions fera l'objet d'une procédure contradictoire en application de l'article L.121-1 du Code des relations entre le public et l'administration. Je notifierai les décisions définitives à la clôture de la procédure contradictoire.

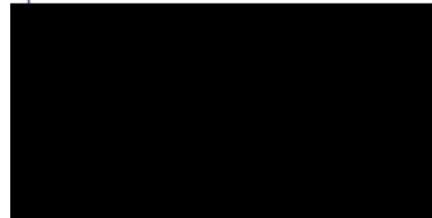
Toutefois, si les constats qui seront faits conduisent à la mise en œuvre des dispositions prévues aux articles L. 313-14 et suivants du code de l'action sociale et des familles, une proposition de mesures adaptées me sera transmise dans les meilleurs délais.

<sup>1</sup> Art L.1421-3 CSP : « Les agents mentionnés à l'article L. 1421-1 peuvent ...exiger la communication et obtenir ou prendre copie, par tout moyen et sur tout support, ou procéder à la saisie des documents de toute nature, entre quelques mains qu'ils se trouvent, propres à faciliter l'accomplissement de leur mission et la mise à leur disposition des moyens indispensables pour effectuer leurs vérifications. Pour le contrôle des opérations faisant appel à l'informatique, ils ont accès aux logiciels et aux données stockées, ainsi qu'à la restitution en clair des informations propres à faciliter l'accomplissement de leurs missions. Ils peuvent en demander la transcription par tout traitement approprié dans des documents directement utilisables pour les besoins du contrôle. ».

Le Conseil départemental sera informé et rendu destinataire des documents validés à chacune des étapes-clés du processus de contrôle (ciblage, rapport et courrier d'intention, courrier de décisions).

Je vous prie d'agrérer, Madame, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

P/le Directeur général  
de l'Agence régionale de santé  
d'Île-de-France et par délégation,



13 avenue Pierre Point – CS 30781 - 77567 LIEUSAINT Cedex  
Téléphone : 01 78 48 23 00  
[www.ars.ildefrance@ars.sante.fr](mailto:www.ars.ildefrance@ars.sante.fr)

## Annexe 2 : Liste des documents demandés

<b>GOUVERNANCE</b> <i>Conformité aux conditions d'autorisation</i>	
1	Le tableau de suivi mensuel, N-1 et N, des taux d'occupation de chaque activité (hébergement permanent et, le cas échéant, accueil temporaire, PASA, UHR, UPHV...)
2	Le cas échéant, le projet spécifique du pôle d'activités et de soins adaptés (PASA)
3	Le cas échéant, le dernier programme d'activités du PASA
4	Le cas échéant, la convention de coopération du PASA
5	Le cas échéant, le projet spécifique de l'unité d'hébergement renforcée (UHR)
6	Le cas échéant, le dernier programme d'activités de l'UHR
7	Le cas échéant, le tableau du personnel des unités PASA et UHR (document à remplir par l'établissement)
8	Les attestations de formation ou de qualification relatives à la prise en charge des maladies neurodégénératives et assimilées du personnel
9	Le rapport annuel d'activité médicale N-1 (RAMA)
<b>GOUVERNANCE</b> <i>Management et stratégie</i>	
10	Le règlement de fonctionnement
11	Le projet d'établissement
12	Le plan bleu (Plan de continuité des activités et Plan de retour à l'activité)
13	La liste des résidents avec GIR par chambre et nombre de soignants en ETP (document à remplir par l'établissement)
14	Le compte rendu du dernier CSE (ou CTE et CHSCT)
15	Le rapport d'activité annuel de l'EHPAD N-2 et N-1 et, le cas échéant, N
16	L'organigramme de l'établissement et la photographie de son affichage dans l'établissement
17	Le(s) diplôme(s) et/ou attestation(s) de formation du directeur de l'EHPAD
18	Le(s) contrat(s) de travail (et éventuel(s) avenant(s)) ou l'Arrêté de nomination du directeur de l'EHPAD
19	Les 3 dernières fiches de paie du directeur de l'EHPAD
20	Le document unique de délégation ou la lettre de mission signée du directeur de l'EHPAD
21	Le(s) diplôme(s) et/ou attestation(s) de formation de l'IDEC/CDS
22	Le(s) contrat(s) de travail (et éventuel(s) avenant(s)) de l'IDEC/CDS
23	Les 3 dernières fiches de paie de l'IDEC/CDS
24	La fiche de poste ou feuille de route signée de l'IDEC/CDS
25	Les diplôme(s) et/ou attestation(s) de formation du MEDCO
26	Le(s) contrat(s) de travail (et éventuel(s) avenant(s)) du MEDCO
27	Les 3 dernières fiches de paie du MEDCO
28	La « fiche détaillée des données RPPS » du MEDCO
29	Le planning/calendrier de permanence/astreinte de direction de juillet, août et septembre N-1 et, le cas échéant, N
30	La procédures et/ou convention d'astreinte (cahier d'astreinte)

<b>GOUVERNANCE</b> <i>Animation et fonctionnement des instances</i>	
31	Le règlement intérieur du Conseil de la vie sociale (CVS)
32	La liste nominative des membres du CVS comportant leur collège et leur qualité (exemple : Madame [prénom-nom], représentant des [collège représenté] ou présidente du CVS)
33	Les comptes rendus N-2, N-1 et, le cas échéant, N du CVS
34	Le dernier rapport d'activité annuel du CVS
<b>FONCTIONS SUPPORT</b> <i>Gestion des ressources humaines</i>	
35	Le tableau de suivi des effectifs prévisionnels/réels/à pourvoir
36	Le personnel médical, paramédical et soignant (document à remplir par l'établissement)
37	Au format tableur (EXCEL ou Libre office CALC), le registre unique du personnel (RUP) des 6 derniers mois
38	Les fiches de paie M-1 de l'ensemble du personnel de l'établissement en CDI/Titulaire (hors personnel cadre)
39	Les contrats de travaux signés de l'ensemble du personnel soignant (IDE et AS/ASG et AES/AMP) et AUX/AVS en CDD long (contrat de plus de 3 mois à la date d'envoi des pièces)
40	Tous les diplômes du personnel soignant de jour et de nuit (AS/ASG et AES/AMP) et AUX/AVS de nuit en CDI/Titulaire et CDD long (contrat de plus de 3 mois à la date d'envoi des pièces)
41	Tous les diplômes des IDE en CDI/Titulaire et CDD long (contrat de plus de 3 mois à la date d'envoi des pièces) (hors IDEC/CDS)
42	Le cas échéant, tous les diplômes du personnel paramédical salarié en CDI/Titulaire (ergothérapeute, psychomotricien, masseur-kinésithérapeute...)
43	Le cas échéant, hors MEDCO, tous les diplômes du personnel médical salarié en CDI/Titulaire et CDD long (contrat de plus de 3 mois à la date d'envoi des pièces) (médecin prescripteur, pharmacien...)
44	L'extrait du plan de formation N-2, N-1 et N
45	La liste des agents en cours de formation qualifiante ainsi que leur attestation d'inscription à la formation qualifiante
46	La procédure d'accueil et d'intégration du nouveau personnel arrivant
47	Au format tableur (EXCEL ou Libre office CALC), le planning M-1, M et M+1, jour et nuit, du personnel soignant (IDE et AS/ASG et AES/AMP) et AUX/AVS + Légende explicative de l'ensemble des codes utilisés
48	La fiche de poste jour et nuit, par horaire du personnel soignant (IDE et AS/ASG et AES/AMP) et AUX/AVS
49	La fiche de poste jour et nuit par horaires des ASH
50	La procédure de remplacement en cas d'absence inopinée du personnel soignant (IDE et AS/ASG et AES/AMP) et AUX/AVS
51	La liste des remplaçants à contacter en cas d'absences du personnel soignant (IDE et AS/ASG et AES/AMP) et AUX/AVS
<b>FONCTIONS SUPPORT</b> <i>Sécurités</i>	
52	Relevé mensuel (mai et juin 2024) des appels malades et temps décroché
<b>PRISE EN CHARGE</b> <i>Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie</i>	
53	La procédure complète d'admission des résidents (avant, pendant et après)
54	Le(s) compte(s) rendu(s) N-2 et N-1, le cas échéant N, de la commission de coordination gériatrique (CCG)
55	La/les feuille(s) d'émargement N-2 et N-1, le cas échéant N , de la CCG
56	La liste nominative des médecins traitants ainsi que le nombre de résidents suivis par chacun d'eux (document à remplir par l'établissement)
57	Les contrats types/conventions signés par les professionnels de santé intervenant à titre libéral au sein de l'établissement (médecin(s) traitant(s), masseur(s)-kinésithérapeute(s), orthophoniste(s), pédicure-podologue(s)...)
58	Le contrat de séjour (ou document individuel de prise en charge) des 3 derniers résidents admis au sein de l'établissement
59	Le livret d'accueil
60	La photographie de l'affichage de la charte des droits et libertés de la personne accueillie