

Délégation départementale de Seine-et-Marne

**Établissement d'hébergement pour personnes âgées  
dépendantes (EHPAD)**  
**«EHPAD du Centre Hospitalier de MELUN »**  
**« Groupement hospitalier du Sud Île-de-France »**  
**270 avenue Marc Jacquet 77000 MELUN**  
**N° FINESS : 770808806**

**RAPPORT DE CONTRÔLE**

**N° 2024\_IDF\_00589**

**Contrôle sur pièces du 23 septembre 2024**

Mission conduite par

–

Accompagnée par

–

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* :
  - *Dont la communication porterait atteinte à la protection de la vie privée, au secret médical et au secret des affaires (...)* ;
  - *Portant une appréciation ou un jugement de valeur sur une personne physique, nommément désignée ou facilement identifiable* ;
  - *Faisant apparaître le comportement d'une personne, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice* ;
  - *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 discréetion 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>
<b>Gouvernance .....</b>	<b>9</b>
Conformité aux conditions de l'autorisation .....	9
Management et stratégie .....	10
Animation et fonctionnement des instances .....	13
<b>Fonctions support.....</b>	<b>14</b>
Gestion des ressources humaines .....	14
Sécurité des personnes .....	17
<b>Prises en charge .....</b>	<b>18</b>
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie .....	18
<b>Récapitulatif des écarts et des remarques.....</b>	<b>20</b>
<b>Conclusion .....</b>	<b>21</b>
<b>Glossaire .....</b>	<b>22</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>23</b>
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle.....	23
Annexe 2 : Liste des documents demandés .....	26

## 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 informé 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 du Centre Hospitalier de MELUN »**, situé au 270 avenue Marc Jacquet, (FINESS 770808806), 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 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 23 septembre 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 d'annonce 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 :
  - 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 ;
  - 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 figure en **annexe 2**.

## Présentation de l'établissement

Situé au 270 avenue Marc Jacquet, l'établissement est un EHPAD public hospitalier géré par le « Groupement hospitalier Sud Île-de-France » dont le siège social est situé à la même adresse.

L'établissement dispose d'une capacité autorisée de 143 places d'hébergement permanent dont 14 places en PASA et 12 places d'accueil de jour.

Le PASA et l'accueil du jour sont en cours d'ouverture.

Au sein du site, une USLD de 41 places dénommée « Bretagne » existe mais n'a pas été prise en compte dans le cadre de ce contrôle.

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

Le GMP a été validé le [REDACTED] et s'élève à [REDACTED]. Le PMP a été validé le [REDACTED] et s'élève à [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 et au-dessus quant au PMP.

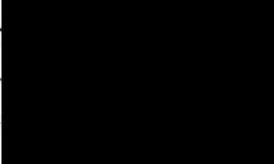
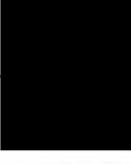
Les 137 résidents accueillis, au moment du contrôle sur pièces, sont répartis comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
«EHPAD du Centre hospitalier de MELUN»					
IDF <sup>2</sup> 2022	14,46 %	41,51 %	19,59 %	17,95 %	2,54 %

<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 du Centre hospitalier de MELUN »	
Nom de l'organisme gestionnaire	« Groupement Hospitalier du Sud Île-de-France »	
Numéro FINESS géographique	770808806	
Numéro FINESS juridique	770110054	
Statut juridique	Public hospitalier	
Option tarifaire	globale	
Pharmacie à usage interne (PUI)	oui	
GMP en vigueur		
PMP en vigueur		
Capacité autorisée de l'établissement	Type	Nombre
	HP <sup>3</sup>	143
	HT <sup>4</sup>	Non concerné
	PASA <sup>5</sup>	14 (ouverture prévue en novembre 2024)
	AJ <sup>6</sup>	12 (ouverture prévue en 2025)
	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	155 (dont les 143 places HP et 12 places AJ)	

<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.

**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	Observations ou commentaires	Constats EIR	Références juridiques et RBPP												
1.1.12	Conformité aux conditions d'autorisation	<p>L'EHPAD est-il conforme aux conditions de l'autorisation ?</p> <p>Est-ce que l'établissement respecte la capacité autorisée (95%) ?</p>	<p>Le nom du gestionnaire actuel est-il celui repris dans l'arrêté d'autorisation ? Oui.</p> <p>Type</p> <table border="1"> <tr> <td>HP</td> <td>Places occupées / Places autorisées/installées taux occupation (%)</td> <td>Conforme O/IN/ISO</td> </tr> <tr> <td>HT</td> <td>Choisissez un élément.</td> <td>Qui</td> </tr> <tr> <td>PASA</td> <td>Choisissez un élément.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AJ</td> <td>Choisissez un élément.</td> <td></td> </tr> </table>	HP	Places occupées / Places autorisées/installées taux occupation (%)	Conforme O/IN/ISO	HT	Choisissez un élément.	Qui	PASA	Choisissez un élément.		AJ	Choisissez un élément.			<p>L313-1 alinéa 4 du CASF (, info si changement d'activité, d'installation, d'organisation, changement d'OG)</p> <p>L313-4 CASF (conditions d'accord de l'autorisation)</p> <p>(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>
HP	Places occupées / Places autorisées/installées taux occupation (%)	Conforme O/IN/ISO															
HT	Choisissez un élément.	Qui															
PASA	Choisissez un élément.																
AJ	Choisissez un élément.																
1.1.22	Conformité aux conditions d'autorisation	<p>La direction a-t-elle rédigé un projet de service spécifique au PASA et/ou à l'UHR ?</p>	<p>Oui, il existe un projet spécifique au PASA. Ce projet est toujours en cours d'élaboration pour une ouverture du PASA prévue pour le mois de novembre 2024.</p>	<p>Nombre de résidents de moins de 60 ans : 1</p> <p>Le calcul de pourcentage des répartitions de GIR a été effectué par rapport</p>	<p>Art. D312-155-0-1 (PASA)</p> <p>Art. D312-155-0-2 (UHR)</p> <p>RBPP : "L'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neurodégénérative en PASA" (ANESM- 13/12/2016)</p>												
1.1.3.1	Conformité aux conditions d'autorisation	<p>Quelles sont les caractéristiques de la population accueillie ?</p> <p>Descriptif de la population par GIR (source ERRD/données ANAP...)</p>	<p>Dépendance</p> <table border="1"> <tr> <td>Pourcentage de la population accueillie / places HP</td> <td>GIR 1</td> <td>GIR 2</td> <td>GIR 3</td> <td>GIR 4</td> <td>GIR 5 et 6</td> </tr> <tr> <td>[REDACTED]</td> <td>[REDACTED]</td> <td>[REDACTED]</td> <td>[REDACTED]</td> <td>[REDACTED]</td> <td>[REDACTED]</td> </tr> </table>	Pourcentage de la population accueillie / places HP	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6	[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>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 des personnes hébergées.</p>	<p>La répartition en GIR est conforme aux proportions prévues à l'article D. 313-15 du CASF (de GIR 1 à 3 = [REDACTED] et de GIR 1 à 2 = [REDACTED])</p>
Pourcentage de la population accueillie / places HP	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6												
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]												

## Management et stratégie

N°GAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Consists E/R	Références juridiques et RBPP
			Existe-t-il ? <i>Oui</i> Date d'effectivité/révision : Novembre 2021 Présentation au CVS ? <i>Oui</i> Contient-il les dispositions obligatoires prévues dans le CASF <input checked="" type="checkbox"/> - respect des droits des personnes prises en charge, <input checked="" type="checkbox"/> - modalités d'association des familles, <input checked="" type="checkbox"/> - organisation et affectations des locaux et bâtiments et conditions générales de leur accès et de leur utilisation, <input checked="" type="checkbox"/> - sûreté des personnes et des biens, <input checked="" type="checkbox"/> - mesures à prendre en cas d'urgence ou de situation exceptionnelle, <input checked="" type="checkbox"/> - modalités de rétablissement des prestations dispensées lorsqu'elles ont été interrompues, <input checked="" type="checkbox"/> - les affections, la dépendance, Alzheimer, <input checked="" type="checkbox"/> - l'organisation des soins, <input checked="" type="checkbox"/> - transferts et déplacements, <input checked="" type="checkbox"/> - délivrance des prestations offertes à l'extérieur, <input checked="" type="checkbox"/> - règles essentielles de la vie collective notamment respect des décisions de prise en charge, des rythmes de vie collectifs, <input checked="" type="checkbox"/> - sanctions des faits de violence sur autrui, <input checked="" type="checkbox"/> - Temps de réunions, transmissions, partage d'informations, accueil nouveaux professionnels, évaluation des pratiques professionnelles.		L311-7 CASF ( règlement de fonctionnement, consultation CVS) R311-35, R311-36, R311-37 du CASF (contenu RF)
1.2.1.2	Management et stratégie	Conformité du règlement de fonctionnement		Le règlement de fonctionnement est conforme	Existe-t-il ? <i>Oui</i> Date d'effectivité/révision : 2020-2024 Est-il en cours de validité au jour du contrôle ? <i>Oui</i> Présentation au CVS ? <i>Oui</i> Le projet d'établissement contient les volets : <input checked="" type="checkbox"/> - Présentation de l'établissement <input checked="" type="checkbox"/> - Présentation des enjeux et missions <input checked="" type="checkbox"/> - Caractéristiques des personnes accueillies <input checked="" type="checkbox"/> - Nature de l'offre de service et organisation <input checked="" type="checkbox"/> - Management de l'EHPAD <input checked="" type="checkbox"/> - Objectifs en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations ; <input checked="" type="checkbox"/> - Modalités d'organisation et de fonctionnement ; <input checked="" type="checkbox"/> - Politique de prévention et de lutte contre la maltraitance (gestion du personnel, de formation et de contrôle),
1.2.1.5	Management et stratégie			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 ?	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, l. 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 (MÉDECIN COORDONNATEUR 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

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
			<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> - Arrêté de désignation des personnes qualifiées et modalités de recours ;</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> - Modalités d'association du personnel et</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> - Modalités d'association des personnes accueillies</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> - Conditions de sa diffusion une fois établi</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> - Projet général de soins</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> - Volet relatif aux soins palliatifs et à l'accompagnement en fin de vie</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> - Références au plan bleu et aux crises sanitaires :</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> - Evaluation avec des indicateurs qualitatifs et quantitatifs</li> </ul>		
1.2.1.6	Management et stratégie		<p>Le PE est conforme</p> <p>Existe-t-il ? <i>Oui</i></p> <p>Date d'effectivité/revision : Juin 2024</p> <p>Est-il en cours de validité annuelle au jour du contrôle ? <i>Oui</i></p> <p>Présentation au CVS ? <i>Non</i></p> <p>Mentionne-t-il :</p> <p>Les volets crise sanitaire et climatique, un plan de continuité des activités, et de reprise des activités ? <i>Non</i></p> <p>La désignation d'un référent directeur/médecin coordonnateur en situation de crise ? <i>Oui</i></p> <p>Recommandations de bonnes pratiques à destination des personnels en cas de canicule ? <i>Oui</i></p> <p>Protocole sur les modalités d'organisation en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence ? <i>Oui</i></p> <p>Le Plan Bleu est non conforme</p>	E2	<p>L.311-3 du CASF (sécurité des prises en charge)</p> <p>D312-160 CASF (plan en cas de crise sanitaire ou climatique)</p> <p>D312-154-1 (PE, partie en cas de crise sanitaire ou climatique)</p> <p>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.</p>
1.2.2.1	Management et stratégie		<p>Organisation de la direction de l'établissement</p>		<p>L315-17 (directeur EHPAD public) et D 312-176-5 CASF (DUD en EHPAD privé)</p> <p>Circulaire DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24/03/2004 relative au livret d'accueil</p> <p>L311-8 CASF (PE avec modalités d'organisation et fonctionnement)</p> <p>D312-155-0 du CASF (missions et professionnels d'un EHPAD)</p> <p>L312-1, II, 4° CASF (personnels qualifiés en EHPAD)</p> <p>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</p>
1.2.2.6	Management et stratégie		<p>Existe-t-il une fiche de poste pour le directeur ? <i>Oui</i></p>		<p>D312-176-6 du CASF (certification de niveau I du directeur : doctorat, Master 2, DEA, DESS)</p>
1.2.2.7	Management et stratégie		<p>Les diplômes du directeur de l'EHPAD sont-ils réglementaires ? <i>Oui</i></p>		<p>D312-176-7 CASF (certification de niveau II du directeur : Maîtrise, licence)</p>

N° d'IAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats ER	Références juridiques et RBPP
1.2.2.8	Management et stratégie	Astreintes	Le directeur est-il DH ou D3S statutaire ou le directeur est-il titulaire d'une certification de niveau I (doctorat, Master 2, DEA,DESS)? Oui		D312-176-10 du CASF (établissements publics communaux) Circulaire DGAS/ATTS/AD n°2007-17 du 30/04/2007 (qualification des professionnels de direction ESMS)
1.2.2.10	Management et stratégie	Délégation du directeur de l'établissement et subdélégations ?	Le diplôme du directeur est conforme Existe-t-il des astreintes administratives (personnels de direction et/ou cadres) Oui L'établissement doit fournir la liste d'astreintes techniques des agents. L'organisation des astreintes de l'établissement est non conforme	R1	Convention relative aux établissements médico-sociaux de l'union intersyndicale des secteurs sanitaires et sociaux (Avenant du 16 mars 2012 relatif à la mise à jour de la convention) - Titre XXIV Dispositions spécifiques aux cadres (Articles 87 à 92 bis)
1.2.2.12	Management et stratégie	Coordination des soins	Les délégations ont-elles été formalisées par écrit (DUD) ? Oui Le DUD du directeur et les subdélégations sont conformes		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 délegation, EHPAD public) D315-70 CASF ( transmission et publication des délégations) D315-71 CASF ( délégation de signature pdt du CA-> directeur)
1.2.2.13	Management et stratégie	Fiche de poste de l'IDEC	Médecin coordonnateur  Pour les établissements mentionnés au I de l'article L. 313-12 et ceux dont la valeur du groupe iso-réssources moyen pondéré est égale ou supérieure à 800 points, le temps de présence du médecin coordonnateur, pour sa fonction de coordination, ne peut être inférieur à : <ul style="list-style-type: none"><li>-un équivalent temps plein de 0,40 pour un établissement dont la capacité autorisée est inférieure à 44 places ;</li><li>-un équivalent temps plein de 0,40 pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 45 et 59 places ;</li><li>-un équivalent temps plein de 0,60 pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 60 et 99 places ;</li><li>-un équivalent temps plein de 0,80 pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 100 et 199 places ;</li><li>-un équivalent temps plein de 1 pour un établissement dont la capacité autorisée est égale ou supérieure à 200 places.</li></ul> Pour les groupements de coopération sociale ou médico-sociale qui exercent les missions mentionnées au b du 3 <sup>e</sup> de l'article L. 312-7, le temps de présence du médecin coordonnateur est déterminé dans les conditions mentionnées au présent article en fonction de la totalité des capacités installées des établissements qui en sont membres et dont les organismes gestionnaires ont souhaité leur confier l'exploitation directe d'autorisations médico-sociales. Au sein des établissements mentionnés au I de l'article L. 313-12 dont la capacité autorisée est inférieure à 200 places, la fonction de coordination prévue au article est occupée par un seul médecin.		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)
1.2.2.14	Management et stratégie				D312-156 du CASF (ETP MÉDECIN COORDONNATEUR)

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats EIR	Références juridiques et RBPP
1.2.2.15	<b>Management et stratégie</b>	Qualification, diplômes, fiche de poste ou lettre de mission du <b>MÉDECIN COORDONNATEUR</b>	<p>Le médecin coordonnateur dispose-t-il d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie, d'un diplôme d'études spécialisées de gériatrie ou de la capacité de gérontologie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou, à défaut, d'une attestation de formation continue ? Ne sait pas.</p> <p>L'établissement n'a pas fourni d'éléments sur les diplômes du médecin coordonnateur.</p> <p>Deux contrats de médecins traitants ont été transmis (seul un médecin traitant dispose de diplôme de coordination).</p>	E4	D312-157 CASF (diplôme MÉDECIN COORDONNATEUR) et D312-159-1 CASF (contrat du MÉDECIN COORDONNATEUR) décret n°2005-560 du 27 mai 2005 (qualification, missions et rémunération MÉDECIN COORDONNATEUR)

### Animation et fonctionnement des instances

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats EIR	Références juridiques et RBPP
1.3.3.1	<b>Animation et fonctionnement des instances</b>	Conseil de la vie sociale	<p>Le CVS dispose-t-il d'un règlement intérieur ? <i>Oui</i></p> <p>Le CVS est-il en place ? <i>Oui</i></p> <p>Le conseil de la vie sociale comprend au moins :</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> - Deux représentants des personnes accompagnées ;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> - Un représentant des professionnels employés par l'établissement ou le service élu dans les conditions prévues à l'article D. 311-13 ;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> - Un représentant de l'organisme gestionnaire.</p> <p>Le nombre des représentants des personnes accueillies, d'une part, et de leur famille ou de leurs représentants légaux, d'autre part, est supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil.</p>		
1.3.3.2	<b>Animation et fonctionnement des instances</b>	Se réunit-il au moins 3 fois par an ? <i>Non</i>	<p>Deux copies rendus CVS au titre de l'année 2022 et un compte rendu au titre de l'année 2023 ont été transmis.</p> <p>Le nombre de réunion du CVS est <i>Non conforme</i></p>	E5	
		Information du CVS des EI	<p>Le CVS est-il informé des EI et dysfonctionnements au sein de l'EHPAD ainsi que les actions correctrices mises en œuvre ? <i>Oui</i></p> <p>L'information du CVS est conforme.</p>		R331-10 CASF

## Fonctions support

### Gestion des ressources humaines

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.1.1	Gestion des ressources humaines	Conformité de l'équipe pluridisciplinaire	<p>La mission constate à la date du contrôle que l'établissement affecte pour la prise en charge des résidents, l'effectif soignant permanent suivant en équivalents temps plein (ETP) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– █ ETP d'AS en CD/itulaire et CDD long,</li> <li>– █ TTP d'AES/AMP en CD/itulaire et CDD long,</li> <li>– █ DE, dont █ DE, en CD/itulaire 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 AGIRPATHOS 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>– █ AS/AES/AMP et son effectif de █ ETP d'AS/AES/AMP est conforme à la date du contrôle.</li> <li>– █ DE et son effectif de █ DE est conforme à la date du contrôle.</li> </ul>		D312-165-0 du CASF L.311-31°, 3° CASF L311-8 CASF D451-88 du CASF L4391-1 du CSP 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> .
2.1.1.3	Gestion des ressources humaines	Taux de rotation du personnel et taux d'absentéisme	<p>Selon les données de de l'ANAP, le taux de rotation du personnel est de █ % et le taux d'absentéisme est de █ %</p> <p>Le taux de rotation de l'établissement est inférieur au taux régional médian.</p> <p>Le taux d'absentéisme de l'établissement est inférieur au taux régional médian.</p> <p>La situation de l'établissement est conforme.</p>		L.311-3 1° CASF (Sécurité résident) L311-3° (PEC et accompagnement de qualité) 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 %)
2.1.2.1	Gestion des ressources humaines	Plan de formation ?	<p>Existe-t-il un plan de formation des professionnels actualisé pour l'année N-2, N-1 et N ? Oui</p> <p>Et</p> <p>Des formations sur les thématiques et sur les procédures de soins de l'EHPAD sont-elles mises en œuvres ? Oui</p> <p>Et</p> <p>Les professionnels ont-ils accès à des formations diplômantes ? Oui</p>		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".

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

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats EIR	Références juridiques et RBPP												
			<p>et Parmi les formations les thèmes de la promotion de la bientraitance et prévention de la maltraitance sont-ils abordés ? <i>Oui</i></p> <p>et Est-ce que tous les professionnels ont accès aux actions de formation ? <i>Oui</i></p> <p>Le plan de formation est conforme .</p>														
2.1.2.5	Gestion des ressources humaines	Accueil des nouveaux professionnels ?	<p>Existe-t-il un protocole d'accueil des nouveaux professionnels ? <i>Non</i></p>	R2	<p>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 »)</p>												
2.1.4.5	Gestion des ressources humaines	Analyses des plannings	<p>Comment est organisée la planification des professionnels : L'EHPAD se compose de deux unités : - Une unité nommée [REDACTED] qui accueille [REDACTED] résidents ; - Une unité nommée [REDACTED] qui accueille [REDACTED] résidents (ayant des troubles Alzheimer et apparentés).</p> <p>La répartition des effectifs s'effectue de la manière suivante :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>IDE</th> <th>Poste</th> <th>Horaires</th> <th>Spécificité</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>[REDACTED] Poste [REDACTED] Normandie »</td> <td>[REDACTED]</td> <td>[REDACTED]</td> </tr> <tr> <td></td> <td>[REDACTED] Poste [REDACTED] Provence »</td> <td>[REDACTED]</td> <td>[REDACTED]</td> </tr> </tbody> </table> <p>Les « AS officières » sont des AS qui s'occupent spécifiquement de tout ce qui est en lien avec les repas (distribution, vaisselle, aide aux repas, mettre et débarrasser la table...).</p>	IDE	Poste	Horaires	Spécificité		[REDACTED] Poste [REDACTED] Normandie »	[REDACTED]	[REDACTED]		[REDACTED] Poste [REDACTED] Provence »	[REDACTED]	[REDACTED]		<p>L311-3, 1° CASF (Sécurité du résident)</p>
IDE	Poste	Horaires	Spécificité														
	[REDACTED] Poste [REDACTED] Normandie »	[REDACTED]	[REDACTED]														
	[REDACTED] Poste [REDACTED] Provence »	[REDACTED]	[REDACTED]														
2.1.4.2	Gestion des ressources humaines	Fiches de poste ?	Les personnels disposent-ils de fiches de poste décrivant les missions : <i>oui</i>		L451-1 du CASF (agrément des formations sociales)												
2.1.4.4	Gestion des ressources humaines	Affectation Glissement de tâches	<p>Les fiches de postes des ASH sont-elles distinctes de celles des AS, AMP et AES ? <i>Oui</i></p> <p>L'équipe soignante complète-t-elle des ASH ou personnes ne détenant pas les diplômes réglementaires ? <i>Non</i></p> <p>Existe-t-il des glissements de tâches entre les catégories de personnels ? <i>Non</i></p>		<p>L.4391-1 du CSP (exercice aide-soignant) et arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au DEAS</p>												

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
			La mission n'a pas observé de glissement de tâches.
2.14.7	<b>Gestion des ressources humaines</b>	Gestion des absences imprévues et imprévues	Existe-t-il une procédure de remplacement pour les absences imprévues ? <i>Oui</i> Existe-t-il une liste des remplaçants en cas d'absence des personnels soignants ? <i>Oui</i>
2.14.10	<b>Gestion des ressources humaines</b>	Fonctionnement et effectifs de nuit, des fins de semaine et des jours fériés / Qualifications du personnel intervenant la nuit ou le week-end (référence de nuit : minimum 2 personnes dont 1 diplômée)	Le week-end, et les jours fériés, les effectifs sont constitués <input checked="" type="checkbox"/> - d'une équipe soignante complète et <input checked="" type="checkbox"/> - d'un/e IDE  Il existe un temps de chevauchement entre les équipes de jour et celles de nuit. Poste [REDACTED] Horaires [REDACTED]  De nuit, l'équipe et contre-équipe de nuit disposent-elles au moins un/e AS diplômée ? <i>Oui</i>

## Sécurité des personnes

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
2.5.4.3	<b>Sécurité des personnes</b>	Réponse aux appels malades	<p>L'établissement a-t-il fourni l'extraction du système d'appel malade ? <i>Oui</i></p> <p>La moyenne temps de réponse aux appels malades sont-ils supérieurs à 5 minutes ? <i>Oui</i></p> <p>Les délais de réponse aux appels malades excessivement longs, sources de maltraitance et ne garantissant pas la sécurité du résident ce qui est non conforme.</p> <p>Les délais de réponse aux appels malades excessivement longs, sources de maltraitance et ne garantissant pas la sécurité du résident ce qui est non conforme.</p>	E6	<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	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	<p>La procédure d'admission a-t-elle été communiquée ?</p> <p>Existe-t-il une procédure décrivant les étapes du processus d'admission, notamment pour les primo arrivants ? <i>Oui</i></p> <p>Existe-t-il des critères et une procédure de communication de refus d'admission ? <i>Oui</i></p> <p>La procédure d'admission mentionne ::</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> - Utilisation du dossier unique d'admission (CERFA 14732*03)</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> - Utilisation de VIA-TRAJECTOIRE ?</li> </ul> <p>Ou/et</p> <p>La procédure d'admission prévoit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> - Le volet médical</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> - Le volet administratif</li> </ul> <p>Et</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> - Une pré-visite par le résident.</p> <p>La procédure de demande d'admission est non conforme</p>	E7	<p>(obligation certa 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</p>
3.1.4.4	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Commission de coordination gérontologique (CCG)	<p>Le compte-rendu de réunion de la CCG de l'année N-1 a-t-il été fourni ?</p> <p><i>Non</i></p> <p>ET</p> <p>La liste d'émargement des membres a-t-elle été fournie ?</p> <p><i>Non</i></p> <p>La CCG s'est réunie au moins une fois par an depuis l'année N-1</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Le médecin coordonnateur préside la CCG</p> <p>ET</p> <p><input type="checkbox"/> Se réunit au moins une fois par an</p> <p>Le fonctionnement de la CCG au sein de l'EHPAD est <i>non conforme</i></p>	E8	<p>D312-158, 3° (MÉDECIN COORDONNATEUR préside la commission réunie au moins 1x/an) du CASF</p> <p>Arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gérontologique mentionnée au 3° de l'article D312-158 du code de l'action sociale et des familles</p> <p>HAS, "La Commission de coordination gérontologique", 2018</p>

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
3.14.5	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Modalités d'intervention des médecins traitants  Le médecin coordonnateur doit faire ses interventions sur site et le pas intégrer ses missions de médecin traitant dans son temps de coordination	Il n'y a pas de médecins libéraux intervenant au sein de l'EHPAD car deux médecins traitants exercent en tant que salariés.		R313-30-1 CASF (contrat médecin libéral) L314-12 du CASF (rôle médecins libéraux dans EHPAD) D312-158 2 <sup>e</sup> CASF (missions du Médecin COORDONNATEUR)
3.12.0	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	Existe-t-il un contrat de séjour ou un DiPC ? <i>Qui</i>		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

Écarts	Remarques
E2 1.2.1.6	Le plan bleu est non conforme car il n'est pas fait mention de sa transmission au CV/S et ne dispose pas de plan de continuité des activités et de reprise des activités .
E3 1.2.2.14	Aucun contrat transmis par l'établissement ne mentionne la désignation d'un médecin coordonnateur ainsi que sa quotité de travail.
E4 1.2.2.15	L'établissement n'a pas fourni d'éléments sur les diplômes du médecin coordonnateur.
E5 1.3.3.1	Le fréquence de réunion annuelle du CV/S est inférieur à trois (deux comptes rendu transmis en 2022 et un compte rendu transmis en 2023), ce qui n'est pas conforme.
E6 2.5.4.3	Les délais de réponse aux appels malades sont excessivement longs, sources de maltraitance et ne garantissent pas la sécurité du résident.
E7 3.1.1.1	L'utilisation du formulaire d'admission CERFA n'est pas mentionnée dans la procédure d'admission.
E8 3.1.4.4	Il n'y a pas eu de commission de coordination gériatrique au cours de l'année 2023, ni au premier semestre de l'année 2024.

Remarques	Remarques
R1 1.2.2.8	L'absence d'astreintes techniques au sein de l'établissement.
R2 2.1.2.5	Absence de protocole d'accueil des nouveaux professionnels.

## Conclusion

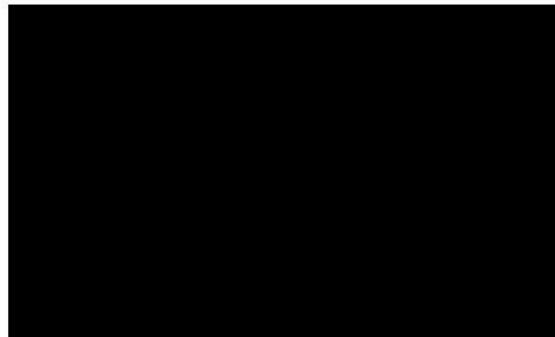
Le contrôle sur pièces de l'« EHPAD du centre hospitalier de MELUN », géré par le « Groupement Hospitalier du Sud Île-de-France » a été réalisé le 23 septembre 2024 à partir des réponses apportées et des documents transmis par l'établissement.

La mission d'inspection a relevé des dysfonctionnements en matière de:

- Gouvernance :
  - o Management et stratégie :
    - Le plan bleu est non conforme car incomplet et il n'est pas fait mention de sa transmission au CVS ;
    - La mission ne dispose d'aucune information concernant la présence ou non de médecin coordonnateur ainsi que son éventuelle quotité de travail et contrat de travail.
  - o Animation et fonctionnement des instances :
    - La fréquence de réunion annuelle du CVS est inférieure à trois, ce qui n'est pas conforme.
- Fonctions support :
  - o Sécurité des personnes :
    - Les délais de réponse aux appels malades sont excessivement longs, sources de maltraitance et ne garantissent pas la sécurité du résident.
- Prises en charge :
  - o Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie :
    - L'utilisation du formulaire d'admission CERFA n'est pas précisée dans la procédure d'admission ;
    - Il n'y a pas eu de commission de coordination gériatrique au cours de l'année 2023 ainsi qu'au premier semestre de l'année 2024.

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

Lieusaint, le 1er octobre 2024



## Glossaire

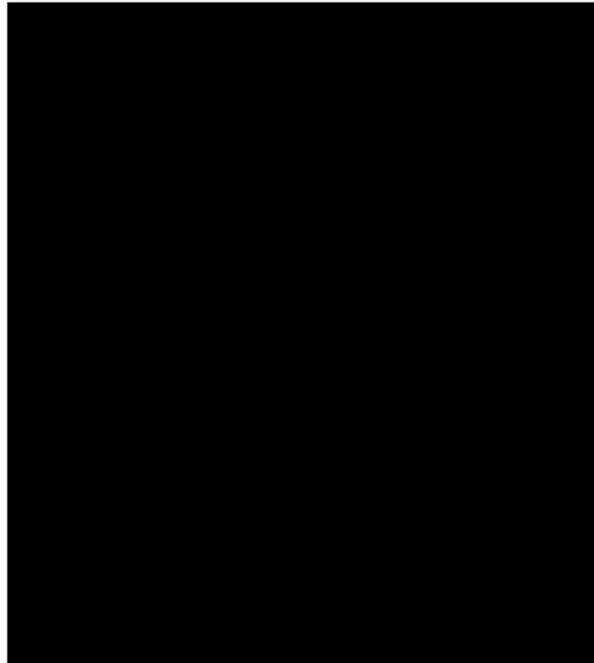
**AGGIR** : Autonomie gérontologique groupes iso-ressources  
**AMP** : Auxiliaire médico-psychologique  
**ARS** : Agence Régionale de Santé  
**AS** : Aide-soignant  
**AES** : Accompagnant éducatif et social  
**AUX** : auxiliaire de vie  
**C** : conforme  
**NC** : non-conforme  
**CASF** : Code 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  
**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  
**MÉDECIN COORDONNATEUR** : 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 : Aurélie SANSON  
Affaire suivie par : Cyril MATTIOLI  
Courriel : ars-d077-stab-medico-social@ars.sante.fr



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.

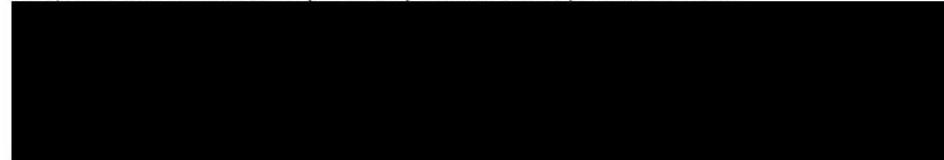
Les informations connues de l'ARS et la programmation des négociations de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des EHPAD franciliens ont conduit à l'inscription des établissements listés en annexe 1 dans la programmation des contrôles à réaliser à ce titre par la délégation départementale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

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.

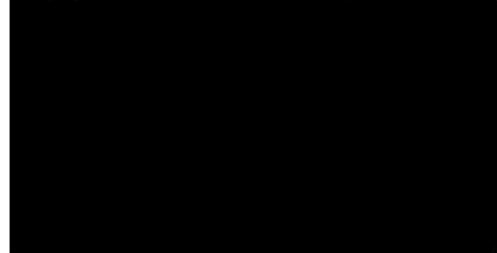
Ce courrier de propositions de décisions fera l'objet d'une procédure contradictoire en application de l'article L.121-1 du Code des relations entre le public et l'administration. Je notifierai les décisions définitives à la clôture de la procédure contradictoire.

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  


13 avenue Pierre Point – CS 30781 - 77587 LIEUSAINT Cedex  
Téléphone : 01 76 48 23 00  
[www.ars.iledefrance@ars.sante.fr](mailto:www.ars.iledefrance@ars.sante.fr)

## Annexe 2 : Liste des documents demandés



### Annexe : liste des documents à fournir

#### GOUVERNANCE

##### *Conformité aux conditions d'autorisation*

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)

#### GOUVERNANCE *Management et stratégie*

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
14	Le compte rendu du dernier CSE (ou CTE et CHSCT)
15	Le rapport d'activité annuel de l'EHPAD de l'année N-1
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	La fiche de poste du directeur de l'EHPAD
20	Les 3 dernières fiches de paie du directeur de l'EHPAD
21	Le document unique de délégation ou la lettre de mission signée du directeur de l'EHPAD
22	Le(s) diplôme(s) et/ou attestation(s) de formation de l'IDEC/CDS
23	Le(s) contrat(s) de travail (et éventuel(s) avenant(s)) de l'IDEC/CDS
24	Les 3 dernières fiches de paie de l'IDEC/CDS
25	La fiche de poste ou feuille de route signée de l'IDEC/CDS
26	Les diplôme(s) et/ou attestation(s) de formation du MEDCO
27	Le(s) contrat(s) de travail (et éventuel(s) avenant(s)) du MEDCO
28	Les 3 dernières fiches de paie du MEDCO
29	La « fiche détaillée des données RPPS » du MEDCO
30	Le planning/calendrier de permanence/astreinte de direction de juillet, août et septembre N-1 et, le cas échéant, N

31	La procédures et/ou convention d'astreinte (cahier d'astreinte)	
<b>GOUVERNANCE</b>		
<i>Animation et fonctionnement des instances</i>		
32	Le règlement intérieur du Conseil de la vie sociale (CVS)	
33	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)	
34	Les comptes rendus N-2, N-1 et, le cas échéant, N du CVS	
35	Le dernier rapport d'activité annuel du CVS	
<b>FONCTIONS SUPPORT</b>		
<i>Gestion des ressources humaines</i>		
36	Le tableau de suivi des effectifs prévisionnels/réels/à pourvoir	
37	Le personnel médical, paramédical et soignant (document à remplir par l'établissement)	
38	Au format tableur (EXCEL ou Libre office CALC), le registre unique du personnel (RUP) des 6 derniers mois	
39	Les fiches de paie M-1 de l'ensemble du personnel de l'établissement en CDI/CDD/Titulaire (hors personnel cadre)	
40	Les contrats de travaux signés de l'ensemble du personnel soignant (IDE et AS/ASG et AES/AMP) et AUX/AVS en CDD long	
41	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	
42	Tous les diplômes des IDE en CDI/Titulaire et CDD long (hors IDE/CDS)	
43	Le cas échéant, tous les diplômes du personnel paramédical salarié en CDI/Titulaire (ergothérapeute, psychomotricien, masseur-kinésithérapeute...)	
44	Le cas échéant, hors MEDCO, tous les diplômes du personnel médical salarié en CDI/Titulaire et CDD long) (médecin prescripteur, pharmacien...)	
45	L'extrait du plan de formation N-2, N-1 et N	
46	La liste des agents en cours de formation qualifiante ainsi que leur attestation d'inscription à la formation qualifiante	
47	La procédure d'accueil et d'intégration du nouveau personnel arrivant	
48	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	
49	La fiche de poste jour et nuit, par horaire du personnel soignant (IDE et AS/ASG et AES/AMP) et AUX/AVS	
50	La fiche de poste jour et nuit par horaires des ASH	
51	La procédure de remplacement en cas d'absence inopinée du personnel soignant (IDE et AS/ASG et AES/AMP) et AUX/AVS	
52	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>		
53	Relevés mensuel (du mois en cours, M-1 et M-2) 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>		
54	La procédure complète d'admission des résidents (avant, pendant et après)	
55	Le(s) compte(s) rendu(s) N-2 et N-1, le cas échéant N, de la commission de coordination gérontologique (CCG)	
56	La/les feuille(s) d'émarginement N-2 et N-1, le cas échéant N, de la CCG	
57	La liste nominative des médecins traitants ainsi que le nombre de résidents suivis par chacun d'eux (document à remplir par l'établissement)	

58	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)…)
59	Le contrat de séjour (ou document individuel de prise en charge) des 3 derniers résidents admis au sein de l'établissement
60	Le livret d'accueil
61	La photographie de l'affichage de la charte des droits et libertés de la personne accueillie

Madame, Monsieur,

Votre EHPAD fait l'objet d'un contrôle sur pièces, des documents doivent nous être transmis.

Pour ce faire, nous vous pouvez envoyer des contenus de manière sécurisée via cette adresse:

<https://bluefiles.com/ars/ars-dd77-etab-medico-sociaux>

Ce lien vous permettra d'accéder à une page de dépôt sécurisée du service de l'ARS de Seine-et-Marne.