

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) Le pavillon des arts
1 Avenue de la division Leclerc
Saint-Brice-Sous-Foret (95350)
N° FINESS 950807826

RAPPORT D'INSPECTION
N° 2024_IDF_00361
Contrôle sur place le 24/06/2024

Mission conduite par

- [redacted] Inspecteur hors classe de l'action sanitaire et sociale, désigné par la Directrice départementale de l'Agence régionale de santé, délégation départementale du Val d'Oise

Accompagnée par

- [redacted] Inspectrice de l'action sanitaire et sociale, Délégation départementale du Val d'Oise

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
- Article L.133-2 du Code de l'action sociale et des familles

AVERTISSEMENT

Un rapport d'inspection 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 ;
- Le rapport n'est communicable aux tiers qu'une fois reçu par l'inspecté ;
- 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 de l'inspection 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

Synthèse	4
Introduction	5
Contexte de la mission d'inspection	5
Modalités de mise en œuvre	5
Présentation de l'établissement	5
Constats.....	7
Gouvernance	8
Conformité aux conditions de l'autorisation	8
Management et Stratégie	10
Animation et fonctionnement des instances	15
Gestion de la qualité	15
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	18
Fonctions support.....	19
Gestion des ressources humaines	19
Récapitulatif des écarts et des remarques	27
Écarts	27
Remarques	Erreur ! Signet non défini.
Conclusion	28
Glossaire.....	29
Annexes	30
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle	30
Annexe 2 : Liste des documents demandés hors tableau RH et relevé des documents transmis.	32

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 une catégorie de risque élevé.

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

L'inspection a été réalisée en mode inopiné,

L'analyse a porté sur les constats faits sur pièce et sur place.

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 de l'autorisation ou de la déclaration
2. Management et Stratégie
3. Animation et fonctionnement des instances
4. Gestion de la qualité
5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

FONCTIONS SUPPORT

6. Gestion des ressources humaines

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 Le pavillon des arts, situé à Saint-Brice-Sous-Foret (95350) n° FINESS ET 950807826, 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 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 une catégorie de risque élevé.

Modalités de mise en œuvre

Ce contrôle a été réalisé sur place (inspection) le 17/06/2024, sans annonce préalable à l'établissement (visite sur site inopinée)

Il a été réalisé par l'ARS sur son champ de compétence.

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 de l'autorisation ou de la déclaration
2. Management et Stratégie
3. Animation et fonctionnement des instances
4. Gestion de la qualité
5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

FONCTIONS SUPPORT

6. Gestion des ressources humaines

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 1 Avenue de la Division Leclerc à Saint-Brice-Sous-Forêt, l'EHPAD Le Pavillon des Arts est géré par l'association Groupe Domusvi située 46-48 Rue Carnot, 92150 Suresnes .

L'arrêté de 2002-111 du 28 février 2002 prévoit l'extension de capacité de 100 places.

L'arrêté de 2022-258, indique le changement de localisation de l'EHPAD « Les jardins d'Eleusis », situé à Ezanville, sur la commune de Saint-Brice-Sous-Forêt et changement de dénomination de l'établissement et de son gestionnaire, la SAS « Résidence Ezanville ».

Ouvert en 2022, l'EHPAD Le Pavillon des Arts dispose de 100 places se répartissant en 90 places en hébergement permanent et de 10 places d'accueil de jour.

Il est habilité à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale à hauteur de 3 places d'hébergement permanent.

L'établissement est doté d'un PASA pour lequel il est habilité.

L'établissement dispose de deux unité de vie protégé (UVP) l'une située au rez de chaussée comprenant 16 chambres individuelles avec salle à manger et la seconde au niveau 1 avec 15 chambres individuelles.

Les 88 résidents accueillis en année N étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
EHPAD Le Pavillon des Arts	22.10%	60.65%	10.70%	6.19%	0.37%
IDF ¹	18%	40%	18%	17%	7%

¹ ARSIF, TDB de la performance, Campagne 2016, EHPAD

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 dans la colonne « Constat » de la façon suivante :

- Remarque, notée « R » : non-conformité par rapport à une recommandation de bonne pratique et/ou à un standard référencé
- Écart, noté « E » : non-conformité par rapport à une norme de niveau réglementaire

Gouvernance

Conformité aux conditions de l'autorisation

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP	
1.1.0.0	Conformité aux conditions d'autorisation					
1.1.1.0	Conformité aux conditions d'autorisation	<p><u>Principaux objectifs du contrôle :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Vérifier que la situation administrative de la structure est à jour - Vérifier que la structure informe les autorités d'autorisation de l'évolution de ses missions et de son fonctionnement <p>À l'occasion du contrôle, s'assurer que la structure connaît la procédure de renouvellement d'autorisation.</p> <p><u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique</p>				
1.1.1.1	Conformité aux conditions d'autorisation	Quels est le statut juridique de la structure ? Rachat récent de l'EHPAD par nouveau gestionnaire dont l'ARS n'est pas informée ? Les obligations liés à ce statut sont-elles satisfaites ? (Instances gestionnaire : Conseil d'administration (public), Président d'association, PDG)	L'EHPAD Pavillon des Arts est un établissement privé à but lucratif appartenant au groupe Domus Vi. L'EHPAD s'appelait auparavant Eleusis et se situait sur la commune d'Ezanville, il a déménagé dans ces locaux actuels en janvier 2021. Aucun organigramme démontrant la structure hiérarchique vers le groupe n'a été donné lors de la mission d'inspection, ne permettant pas d'examiner les liens avec l'organisme gestionnaire.		L313-1, 4ème alinéa du CASF	
1.1.1.2	Conformité aux conditions d'autorisation	L'EHPAD est-il conforme aux conditions de l'autorisation (nombre de places, Hébergement Permanent, Hébergement Temporaire, PASA, UHR, UVP, Accueil de jour, Accueil de Nuit) ? Taux de présence au jour du contrôle / taux d'occupation N-1 ?	L'EHPAD est autorisé pour 90 places en hébergement permanent. La structure possède un PASA avec une capacité de 14 places située au premier étage. Egalement, 10 personnes participaient aux activités du PASA avec une file active de 28 résidents. La structure possède un accueil de jour de 10 places. Le jour de l'inspection, l'accueil de jour fonctionnait avec 8-9 personnes/jour. Au jour de l'inspection, le taux de présence en hébergement permanent était de 88 résidents soit 97,80 % et le taux d'occupation à N-1 était de [redacted]		L313-1 alinéa 4 du CASF L313-4 CASF (R314-87 et R314-88-I et -II du CASF D313-15 CASF R 332-1 CASF D312-155-0-1 CASF D312-155-0-2 CASF D312-8 et -9 CASF	
1.1.1.5	Conformité aux conditions d'autorisation	La direction a-t-elle transmis aux autorités compétentes le CPOM en cours de validité ? La direction a-t-elle communiqué annuellement l'évolution des indicateurs du CPOM ? (NB)selon moi, c'est une info à faire figurer	L'établissement fonctionne sous EPRD/ERRD. A ce jour, aucun CPOM n'est en cours de validité ou de négociation.		L313-11 CASF L313-12 CASF	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP												
		simplement dans la "présentation" de l'EHPAD															
1.1.2.0	Conformité aux conditions d'autorisation	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> Vérifier que les missions réalisées par la structure sont conformes à l'autorisation <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique – Sécurité des personnes															
1.1.2.2	Conformité aux conditions d'autorisation	La direction a-t-elle rédigé un projet de service spécifique au PASA et/ou à l'UHR ?	Un projet de service spécifique au PASA et à l'unité protégée, a été rédigé :		Art. D312-155-0-1 Art. D312-155-0-2 RBPP : "L'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neuro-dégénérative en PASA" (ANESM-13/12/2016)												
1.1.3.0	Conformité aux conditions d'autorisation	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Vérifier que les personnes accueillies correspondent aux caractéristiques définies par l'autorisation et que la structure atteint ses objectifs en terme de nombre de personnes prises en charge <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique – Sécurité des personnes – Financier															
1.1.3.1	Conformité aux conditions d'autorisation	Quelles sont les caractéristiques de la population accueillie : - nombre de personnes, - âge des personnes, - données sociodémographiques disponibles, - état de santé. - état de dépendance : proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 3 et proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 2 ; - état de handicap ? Quel est le nombre de personnes majeures relevant d'un régime de protection juridique ?	<p>Au jour de l'inspection, l'EHPAD comprend 88 résidents avec une moyenne d'âge des résidents de 87 ans.</p> <p>Le nombre de résidents bénéficiant d'une mesure de protection juridique est de 33 personnes.</p> <p>[redacted] étaient répartis plus précisément comme suit :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dépendance</th> <th>GIR 1</th> <th>GIR 2</th> <th>GIR 3</th> <th>GIR 4</th> <th>GIR 5 et 6</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>789</td> <td>22.10%</td> <td>60.65%</td> <td>10.70%</td> <td>6.19%</td> <td>0.37%</td> </tr> </tbody> </table>	Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6	789	22.10%	60.65%	10.70%	6.19%	0.37%		D313-15 du CASF D312-158, 2°, 4°, 6° du CASF
Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6												
789	22.10%	60.65%	10.70%	6.19%	0.37%												

Management et Stratégie

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.0.0		Management et Stratégie			
1.2.1.0	Management et Stratégie	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Vérifier l'existence et le contenu des instruments de pilotage prévus par les textes (règlement de fonctionnement, projet d'Établissement, projet de service...) <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique et Managérial			
1.2.1.1	Management et Stratégie	Existe-t-il un règlement de fonctionnement ? Le règlement de fonctionnement est-il affiché dans l'EHPAD ? Le règlement de fonctionnement est-il remis à chaque résidents ?	Le règlement de fonctionnement est affiché et remis à chaque résident. Celui-ci a été actualisé en 2023.		L311-7 CASF R311-34 CASF
1.2.1.2	Management et Stratégie	Contient-il les dispositions obligatoires prévues dans le CASF : - respect des droits des personnes prises en charge, - modalités d'association des familles, - organisation et affectations des locaux et bâtiments et conditions générales de leur accès et de leur utilisation, - sûreté des personnes et des biens, - mesures à prendre en cas d'urgence ou de situation exceptionnelle, - modalités de rétablissement des prestations dispensées lorsqu'elles ont été interrompues, - les affections, la dépendance, Alzheimer, - l'organisation des soins, - transferts et déplacements, - délivrance des prestations offertes à l'extérieur, - règles essentielles de la vie collective notamment respect des décisions de prise en charge, des rythmes de vie collectifs, - sanctions des faits de violence sur autrui,	Le règlement de fonctionnement ne précise pas les dispositions relatives aux transferts et déplacements, aux modalités d'organisation des transports, aux conditions d'organisation de la délivrance des prestations offertes par l'établissement à l'extérieur.	E1	R.311-35, R.311-36, R.311-37 du CASF
1.2.1.4	Management et Stratégie	Existe-t-il un projet d'établissement formalisé, en cours de validité, signé par l'organisme gestionnaire après validation par le CVS et transmis à l'ARS ?	Le projet d'établissement a fait l'objet d'une actualisation en mai 2024 et le CVS a été consulté 25 juin 2024. La synthèse du projet d'établissement actualisé a été transmis à l'ARS, le 27 juin 2024.		L311-8 du CASF D311-38 du CASF D312-160 CASF R314-88 1° du CASF

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.1.5	Management et Stratégie	<p>Le projet d'établissement doit contenir les volets :</p> <ul style="list-style-type: none"> * Présentation de l'établissement (historiques, valeurs, environnement) * Présentation des enjeux et mission * Caractéristiques des personnes accueillies * Nature de l'offre de service et organisation * Management de l'EHPAD * Projet social et logistique * Personnalisation des PVI * Projet général de soins incluant la prise en charge médicamenteuse élaboré par le médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante, du siège le projet de soins, intégré dans le projet d'établissement ? * Bientraitance et prévention maltraitance * Projet d'animation * Perspectives d'évolution et de développement * Evaluation avec des indicateurs qualitatifs et quantitatifs 	<p>Le projet d'établissement comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la présentation de l'établissement (historiques, valeurs, environnement) - la présentation des enjeux et mission - les caractéristiques des personnes accueillies - la nature de l'offre de service et organisation - le management de l'EHPAD - la personnalisation des PVI - le projet général de soins - la bientraitance et prévention maltraitance - le projet d'animation - les perspectives d'évolution et de développement 		L311-8 du CASF , L315-17 et D312-176-5 CASF D311-38 du CASF R314-88, I, 1° du CASF (D312-158, 1° du CASF RBPP Elaboration, rédaction et animation d'un PE en ESMS" Anesm-HAS
1.2.1.6	Management et Stratégie	<p>Existe-t-il un « plan bleu » actualisé et adapté à la structure ?</p> <p>Ce plan contient-il :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les modalités d'organisation spécifique à mettre en œuvre selon les risques - les modalité de la continuité d'activité - les modalités de la reprise d'activité 	<p>Un plan bleu adapté de la structure a été élaboré en 11/2021, et sa dernière révision a été effectuée en 05/2024</p> <p>Ce plan contient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les modalités d'organisation spécifique à mettre en œuvre selon les risques, - les modalité de la continuité d'activité, - les modalités de la reprise d'activité. 		L.311-3 du CASF D312-160 CASF D312-155-4-1 Arrêté du 7 juillet 2005, mod. 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.
1.2.2.0	Management et Stratégie	<p>Principaux objectifs du contrôle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vérifier les caractéristiques du trinôme de direction et encadrement (directeur, IDEC, MedCo) - Vérifier les liens entre la direction et les professionnels (réunion, audit interne, ...) <p>Principales catégories de risques possibles : Managérial et social</p>			
1.2.2.1	Management et Stratégie	<p>Y-a-t-il un directeur en poste dans l'établissement ?</p> <p>Existe-t-il un organigramme à jour (noms et ETP) de la structure, est-il disponible et affiché ?</p> <p>L'organigramme traduit-il les liens hiérarchiques et fonctionnels ?</p>	<p>La directrice en poste le jour de l'inspection . Son nom figure dans l'organigramme.</p> <p>L'organigramme hiérarchique et fonctionnel a été mis à jour le 24/04/2024. Cependant, il n'est pas affiché au sein de l'établissement et ne traduit pas le nombre d'ETP.</p>	E 02	L315-17 CASF D 312-176-5 CASF Circ DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24/03/2004 relative au livret d'accueil L311-8 CASF D312-155-0 du CASF L312-1, II, 4° CASF HAS « Stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », et « Mission du resp. d'etbt et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance », 2008

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP									
1.2.2.2	Management et Stratégie	À quelle fréquence ont lieu les CODIR / COMEX / COPIL (réunion des cadres de l'EHPAD) ? Qui y participe ? Qui rédige le CR ? Quelle diffusion ?	Les CODIR se réunissent une fois par semaine. Ils sont composés de la directrice, l'adjointe, l'IDEC, la MedCo, la psychologue, l'animatrice, la psychomotricienne, l'assistante de direction, la responsable hôtelière, le chef cuisine, l'agent de maintenance. Le compte rendu du CODIR est réalisé systématiquement par la directrice ou son adjointe. Par la suite, il est diffusé par mail et une copie est transmise aux membres du CODIR.											
1.2.2.3	Management et Stratégie	Existe-t-il des signes de conflit entre la direction et les personnels : - pétitions, - absentéisme élevé, - rotation fréquente des personnels, - affaires prud'homales, - suivi TMS et RPS, contrôles - sollicitations des délégués du personnel ou des syndicats...	L'établissement a fait mention en N-1 des éléments suivants concernant le taux de rotation et d'absentéisme. <table border="1"> <tr> <td></td> <td>Taux rotation</td> <td>Taux d'absentéisme</td> </tr> <tr> <td>AS/AMP</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>IDE</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> Aucun contentieux relevant du conseil des prud'hommes n'a été mentionné		Taux rotation	Taux d'absentéisme	AS/AMP			IDE				L311-3 3° CASF
	Taux rotation	Taux d'absentéisme												
AS/AMP														
IDE														
1.2.2.5	Management et Stratégie	Quelles sont les relations formelles du directeur avec l'organisme gestionnaire ? - fréquence et modalités ? Existe-t'il un soutien effectif et de quelle nature ? Démarche qualité, aide RH, mutualisations MedCo et prescripteurs, intervention en cas de vacances de poste de direction, recrutements et plans de formation Existe-t-il une modalité de contact en urgence ?	La directrice a souligné la qualité de la relation de travail avec sa hiérarchie sur laquelle, elle peut s'appuyer, en cas de difficulté.		D312-176-5 CASF)									
1.2.2.6	Management et Stratégie	Date de prise de fonction du directeur ? ETP du directeur au sein de l'EHPAD ? Le directeur exerce-t-il dans plusieurs EHPAD ? si oui, lesquels ? Existe-t-il une fiche de poste pour le directeur? Est-elle cohérente avec les délégations accordées ? Quel est le champ de compétences du directeur ? - Conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement - Gestion et animation des ressources humaines - Gestion budgétaire, financière et comptable - Coordination avec les institutions et intervenants extérieurs	La directrice a pris ses fonctions au sein de l'EHPAD le pavillon des arts le 9 décembre 2021. La directrice exerce ses fonctions à hauteur d'un ETP. La directrice dispose d'une fiche de poste en cohérence avec les délégations accordées. Le champ de compétences de la directrice recouvre la : - conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement, - gestion et animation des ressources humaines, - gestion budgétaire, financière et comptable, - coordination avec les autorités administratives et intervenants extérieurs.		D312-176-5 du CASF									

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.2.7	Management et Stratégie	Les diplômes du directeur de l'EHPAD sont-ils réglementaires ?	La directrice a obtenu un diplôme intitulé « directeur des établissements de santé.», délivré par l' INSEEC Bordeaux, le 14/04/2015.		D312-176-6 du CASF (D312-176-7 CASF D312-176-10 Circulaire DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007
1.2.2.8	Management et Stratégie	Existe-t-il des astreintes administratives (personnels de direction et/ou cadres) et des astreintes techniques ? Sont-elles mutualisées avec d'autres établissements ? Si des décisions particulières doivent être prises pendant la nuit en urgence, quelle est la procédure de validation ?	Une astreinte a été mis en place impliquant la directrice, l'adjointe de direction, l'IDEC, la responsable et la responsable hôtelière. En cas de besoin, la directrice régionale peut être sollicitée. Les modalités de l'astreinte ont fait l'objet d'une formalisation. Si des décisions particulières doivent être prises pendant la nuit, les équipes peuvent joindre par téléphone, la direction pour déterminer la conduite à tenir.		
1.2.2.9	Management et Stratégie	Le jour J , la direction de l'EHPAD est-elle présente ? Si le directeur est absent, son remplacement est-il formalisé et connu des équipes ?	La directrice était présente le jour de l'inspection.		
1.2.2.10	Management et Stratégie	Les délégations ont-elles été formalisées par écrit ? Quel est leur contenu ? Ont-elles été communiquées au conseil d'administration et publiées au sein de l'Établissement ?	Les délégations ont été formalisées par écrit et contiennent les éléments suivants : - Conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement - Gestion et animation des ressources humaines - Gestion budgétaire, financière et comptable - Coordination avec les autorités administratives et intervenants extérieurs Ces délégations n'ont pas été publiées au sein de l'établissement.	E 03	D312-176-5 CASF R314-88 CASF D315-68 CASF D315-70 CASF D315-71 CASF (
1.2.2.11	Management et Stratégie	Le directeur a-t-il le pouvoir de subdéléguer sa signature et selon quelles conditions ?	La directrice a le pouvoir de subdéléguer sa signature à l'adjointe en cas d'absence.		D315-67 CASF D315-68 CASF D315-69 CASF (
1.2.2.12	Management et Stratégie	L'EHPAD dispose t-il d'un IDEC ? Sur quel ETP ? L'IDEC est-il titulaire de formation relative à ses fonctions ?	L'EHPAD dispose d'une IDEC à temps plein qui a pris ses fonctions le 23/01/2024. Elle est titulaire d'un diplôme d'infirmière et d'un master management des organisations sanitaires et sociales, obtenus respectivement le 24/07/2012 et le 20/12/2019.		RBPP HAS "Qualité de vie en EHPAD, volet 1 : de l'accueil de la personne à son accompagnement", 2011 Ordre national des infirmiers,

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
					I'IDEC en EHPAD (site internet)
1.2.2.13	Management et Stratégie	La direction a-t-elle remis la fiche de poste à l'IDEC, signée par les 2 parties ?	La direction a remis la fiche de poste à l'IDEC, signée par les deux parties.		
1.2.2.14	Management et Stratégie	Existe-t-il un MedCo ou un médecin responsable de l'équipe et de la coordination de la prise en charge? Le nombre d'ETP de présence du MedCo est-il conforme à la réglementation selon le nombre de résidents ? Le MedCo assure-t-il des astreintes médicales ? Modalités ?	Le MedCo a pris ses fonctions le 28/02/2022 et exerce à hauteur de 0.60 ETP. Il n'assure pas d'astreintes médicales. Cependant, il se rend disponible au téléphone en cas de difficultés.		D312-156 du CASF
1.2.2.15	Management et Stratégie	Le MedCo est-il titulaire d'un des diplômes suivants : - DU de Médecin coordonnateur en EHPAD - et/ou des capacités de gérontologie validés dans le cadre de la formation médicale continue - et/ou un diplôme d'études spécialisées complémentaires en gériatrie.	Le MedCo est- titulaire des diplômes suivants : - diplôme de docteur en médecine, (1996), - vieillissement cérébral normal et pathologique (2001), - capacité de gérontologie (2003), - médecin spécialiste en gériatrie (2013).		D312-157 CASF D312-159-1 CASF (décret n°2005-560 du 27 mai 2005)
1.2.2.17	Management et Stratégie	le MedCo et le directeur ont-ils signé un contrat sur ses modalités d'exercice, son ETP et ses missions	Le MedCo et la directrice ont signé un contrat précisant les modalités d'exercice ainsi que les missions du MedCo, Le pourcentage d'ETP consacré à la fonction de MedCo est de 0,60 ETP.		D312-159-1 CASF R313-30-1 CASF L314-12 CASF
1.2.3.0	Management et Stratégie	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Vérifier les modalités d'organisation et de formalisation de la communication interne auprès des personnes accueillies, de leur entourage ou du personnel - Vérifier les modalités de communication externe promouvant les activités de l'Établissement ou permettant de gérer un évènement indésirable ou une crise <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Managérial - Social – Médiaitique			
1.2.3.5	Management et Stratégie	Les affichages suivants sont-ils bien présents et visibles dans l'établissement : <input type="checkbox"/> tarifs / arrêté du CD <input type="checkbox"/> organigramme <input type="checkbox"/> règlement de fonctionnement <input type="checkbox"/> PV des CVS et composition CVS <input type="checkbox"/> PV des commissions de restauration <input type="checkbox"/> résultats de la dernière enquête de satisfaction <input type="checkbox"/> liste des personnes qualifiées du Département (à demander à l'accueil) <input type="checkbox"/> charte des droits et libertés de la personne accueillie <input type="checkbox"/> programme des animations de la semaine <input type="checkbox"/> menus affichés à jour <input type="checkbox"/> tarifs et horaires des diverses prestations <input type="checkbox"/> numéro 3977/ALMA	L'organigramme n'est pas affiché dans l'établissement.	cf. E 02	L. 311-4 CASF R.311-34 CASF

Animation et fonctionnement des instances

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.3.0.0	Animation et fonctionnement des instances				
1.3.3.0	Animation et fonctionnement des instances	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Vérifier son existence, les modalités de sa constitution, de son renouvellement, sa composition et son fonctionnement <u>Principales catégories de risques possibles</u> : Juridique – Sécurité des personnes			D311-3 à 32-1 CASF (
1.3.3.1	Animation et fonctionnement des instances	Il y a-t-il un CVS en place ? Date de la dernière élection ? La composition du CVS est-elle conforme à la réglementation ? Le règlement de fonctionnement a-t-il été approuvé par le CVS ? Qui sont établis les ordres du jour ? et modalités de communications ? Combien de fois se réunit le CVS chaque années ? Qui est chargé de rédiger les comptes rendus ?	Un CVS a été mis en place. La dernière élection a eu lieu le 27 mai 2024. Le règlement de fonctionnement a été approuvé par le CVS en date du 27/11/2023. Les ordres du jour sont établis par la direction et sont transmis aux membres du CVS par différents moyens (mail ,affichage et FamillivY). Le CVS se réunit trois fois par an minimum (dernier CVS le 25/06/2024). Les comptes rendus sont rédigés par la direction et les membres du CVS.		D311-4 CASF D311-5 CASF D311-6 CASF D311-8 CASF D311-9 CASF D311-12 et -13 CASF D311-15 CASF D311-16 CASF D311-20 CASF
1.3.3.2	Animation et fonctionnement des instances	Le CVS est-il informé des EI et dysfonctionnement au sein de l'EHPAD ainsi que les actions correctrices mises en œuvre ?	Le CVS est informé des événements indésirables et dysfonctionnements ainsi que des actions correctrices mises en œuvre La dernière action correctrice ayant fait l'objet d'une information auprès du CVS porte sur le plan d'action concernant l'enquête de satisfaction du deuxième semestre 2023.		R331-10 CASF

Gestion de la qualité

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.4.0.0		Gestion de la qualité			
1.4.1.0	Gestion de la qualité	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Vérifier les modalités de mise en œuvre d'une démarche continue de la qualité : identification des problématiques, démarche mise en œuvre, conditions d'appropriation des procédures ou des protocoles - Apprécier l'implication de la direction, du personnel et la place donnée aux personnes accueillies et à leurs représentants <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique – Sécurité des personnes			
1.4.1.1	Gestion de la qualité	Des professionnels sont-ils désignés référent ? Si oui, dans quel domaines ? Sont-ils connus des autres professionnels ? Un responsable « qualité » a-t-il été désigné ? Est-il formé aux méthodes de l'amélioration de la qualité ?	Des professionnels sont désignés en tant que référents dans les domaines suivants : <ul style="list-style-type: none"> - suivi de l'amélioration continue de la qualité - suivi de l'amélioration continue des prises en soins Ils sont connus des autres professionnels. La responsable « qualité » est désignée . Elle est formée aux méthodes de l'amélioration de la qualité.		HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle dans la prévention et le traitement de la maltraitance", 2018
1.4.1.7	Gestion de la qualité	Existe-t-il un plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) ? Fait-il l'objet d'un suivi en COPIL qualité ? Quelle est la composition du COPIL qualité ? Les prestations effectuées en sous-traitance (restauration, ménage, lingerie...) font-elles l'objet d'une évaluation périodique sur la base d'un cahier des charges formalisé ?	Un plan d'amélioration continue de la qualité est élaboré et révisé annuellement. La démarche qualité est suivie par les membres du CODIR restreint (direction / adjointe / IDEC / medco / psychologue / animatrice / psychomotricienne). Il n'y a pas de sous-traitance des prestations effectuées.		L312-8 CASF
1.4.2.0	Gestion de la qualité	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Vérifier que les évaluations internes et externes sont réalisées aux dates prévues par les textes <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique			
1.4.2.1	Gestion de la qualité	À quelles dates ont été réalisées la dernière évaluation externe ? L'évaluation a-t-elle été transmise dans les délais à l'autorité ayant délivré l'autorisation ? Les actions engagées suite au rapport de l'évaluation externe sont-elles incluses dans le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)	L'évaluation externe doit être transmise à l'ARS par l'établissement au quatrième trimestre 2024.		L312-8 du CASF D312-204 CASF R314-88 CASF D312-200 CASF D312-203 CASF
1.4.3.0	Gestion de la qualité	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Apprécier le degré d'implication des instances dirigeantes et l'engagement du directeur pour la promotion de la bientraitance - S'assurer de l'existence de protocoles et de leur application <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Sécurité des personnes – Managérial			

1.4.3.1	Gestion de la qualité	<p>Existe-t-il une politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance est-elle mentionnée dans le livret d'accueil ? - repérage des pratiques maltraitantes, des situations à risque (violences physiques et/ou violences morales et/ou violences sexuelles...) - existe-t-il une procédure de signalement en cas d'agression ? - plan de formation adapté, - plan de soutien des personnels <p>Les numéros d'appel pour les victimes de maltraitance (3977, ALMA,...) sont-ils affichés ?</p>	<p>réclamation à destination des résidents et des familles</p> <p>Le plan de formation prévoit des formations consacrées à la bientraitance.</p> <p>Le numéro 3977 est affiché dans le hall d'entrée.</p>	L119-1 CASF L311-3, 1° CASF Circulaire lutte c/ la maltraitance et au dtv de la bientraitance du 20 février 2014 Instruction DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007 HAS, « La bientraitance : définition et repères ... » et « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement ... », 2008
1.4.3.2	Gestion de la qualité	<p>Comment sont abordées les situations de violences ou harcèlements sexuels entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - deux personnes accueillies - une personne accueillie et un membre du personnel - une personne accueillie et une personne extérieure à la structure - deux professionnels <p>Le signalement des faits à effectuer auprès de l'autorité judiciaire est-il réalisé ?</p>	<p>L'établissement n'a pas été confronté à des situations de violences ou harcèlements sexuels.</p>	Art. 40 du code de procédure pénale Art. 434-3 du code pénal L 331-8-1 CASF Art. 226-14 du code pénal
1.4.3.3	Gestion de la qualité	<p>Existe-t-il une procédure de signalement en cas d'agression ?</p> <p>Les cas de maltraitance identifiés au sein de la structure ont-ils été signalés aux autorités d'autorisation ?</p> <p>Les cas de maltraitance identifiés au sein de la structure ont-ils été signalés au Procureur de la République ?</p> <p>L'article L. 313-24 du CASF qui protège notamment tout salarié ayant témoigné d'actes de maltraitance ou les ayant relatés, est-il respecté ?</p>	<p>Une fiche « Je signale » est mise à disposition des résidents, des personnels et des visiteurs.</p> <p>En cas de cas maltraitance , le signalement est effectué auprès des autorités compétentes.</p>	L119-1 CASF L.331-8-1 CASF R331-8 CASF (arrêté du 28/12/2016 relatif à l'obligation de signalement des ESMS Art434-3 code pénal L313-24 CASF

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.5.0.0		Gestion des risques, des crises et des événements indésirables			
1.5.1.0	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<p><u>Principaux objectifs du contrôle :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Apprécier le degré d'implication des instances dirigeantes et de l'équipe de direction pour animer une politique de prévention des risques - Apprécier la capacité de la structure à faire face à des situations de crise <p><u>Principales catégories de risques possibles :</u> Sécurité des personnes – Juridique – Média</p>			
1.5.2.0	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<p><u>Principaux objectifs du contrôle :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Apprécier l'organisation de la gestion des événement indésirable et du fonctionnement au sein de l'EHPAD <p><u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique – Sécurité des personnes</p>			
1.5.1.1	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<p>Existe-t-il un système d'enregistrement permanent et de suivi des :</p> <ul style="list-style-type: none"> - enquêtes de satisfaction, - réclamations - plaintes des résidents ? <p>Les éléments signalés par les enquêtes de satisfaction, plaintes et réclamations font ils l'objet :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'une rédaction systématique d'une réponse écrite au déclarant - de la réalisation d'un suivi et d'un bilan systématiques des réclamations et des signalements ? 	<p>Il existe un système d'enregistrement permanent et de suivi des :</p> <ul style="list-style-type: none"> - enquêtes de satisfaction - réclamations - plaintes des résidents 		
1.5.1.3	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<p>Les professionnels de santé ayant constaté un événement indésirable peuvent-ils le déclarer selon une procédure existante et connue ?</p> <p>Les équipes se sont-elles appropriées la procédure ?</p> <p>Les professionnels sont-ils formés à la classification / identification des différents EI ?</p> <p>Quelles sont les modalités de signalement en interne, de recueil et d'enregistrement des troubles du comportement, des événements indésirables ?</p>	<p>Les professionnels ont eu une formation interne concernant la classification et à l'identification des différents événements indésirables.</p> <p>Dans l'ensemble, les équipes se sont bien appropriés la procédure.</p> <p>Les professionnels de santé ayant constaté un événement indésirable peuvent le déclarer sur une fiche : « Je Signale » disponible et accessible au secrétariat.</p> <p>remise si souhait sous enveloppe à la direction : direction accessible en permanence.</p>		L313-24 CASF RBPP HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance", 2008 Art. L. 331-8-1 et R.331-8 à 10 CASF Arrêté du 28/12/2016 modifié
1.5.1.5	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<p>Quelles sont les modalités de suivi, analyses et RetEx des EI ?</p> <p>Des actions ou mesures préventives ou correctrices sont mises en œuvre ?</p> <p>Sont-elles incluses dans le Plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) ?</p>	<p>Les modalités de suivi, analyses et RETEX des événements font l'objet d'un examen dans le cadre du :</p> <ul style="list-style-type: none"> - staff hebdomadaire, - CODIR. <p>Des actions ou mesures préventives ou correctrices sont mises en œuvre, elles prennent en fonction de la nature</p>		L331-8-1 et R331-8 et -9 CASF et arrêté du 28 décembre 2016 R.331-10 CASF R1413-67 à 73 CSP R 1413-79 CSP HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement / maltraitance", 2008

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
		Des retours sont-ils faits aux déclarants ?	<p>des événements des formes multiples telles que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - adaptation des soins ou de la prise en charge, révision du projet de soins, - formations, sensibilisations, soutien psychologique, aménagement ou réparation des locaux ou équipements, - révision des plannings, demande d'aide ou d'appui, notamment à l'autorité administrative. <p>Ces mesures sont incluses dans le Plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ), des retours sont faits aux déclarants.</p>		
1.5.1.6	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<p>Le signalement des faits à effectuer auprès des autorités administratives est-il réalisé ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ARS - CD - Procureur de la République <p>Des retours d'expériences sont-ils élaborés dans les 3 mois et transmis à l'autorité compétente selon les procédures réglementaires en vigueur ?</p>	<p>Le signalement est initialement remonté en interne et après vérification de l'OG, il est transmis à l'autorité compétente.</p> <p>L'établissement indique qu'il procède à un signalement des faits auprès des autorités administratives.</p>		L331-8-1, R331-8 et R331-9 CASF et arrêté du 28 décembre 2016) R1413-67 à 70 CSP L1413-14 et R1413-79 CSP Article 40 Code de procédure pénale (

Fonctions support

Gestion des ressources humaines

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.0.0	Gestion des ressources humaines				
2.1.1.0	Gestion des ressources humaines	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Vérifier que la gestion des personnels est conforme aux textes en tenant compte du statut de l'établissement : recrutements, rémunérations, application des conventions collectives, évaluation, assurances... - Vérifier l'adéquation des 			

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP																																																
		<p>diplômes aux postes occupés</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vérifier que les fiches de poste décrivent le contenu du travail attendu des agents - Connaître l'état réel des effectifs propres à la structure et ceux relevant de conventions avec des professionnels extérieurs. Vérifier la conformité des effectifs aux conventions passées avec les autorités (CPOM...) - Vérifier la rotation du personnel et le taux d'absentéisme <p><u>Principales catégories de risques possibles : Juridique – Managérial – Social</u></p>																																																			
2.1.1.1	Gestion des ressources humaines	<p>Quels sont les effectifs prévus/en poste ? Comment se répartissent-ils :</p> <ul style="list-style-type: none"> - catégories professionnelles, - qualifications, - domaines, - quotité de travail (ETP) - statuts (titulaires, contrats à durée indéterminée (CDI), contrats à durée déterminée (CDD), mis à disposition, intérimaires, stagiaires...), 	<p>Le jour de l'inspection :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 38 personnes soit 37 ETP et 2 stagiaires IDE étaient prévus - 37 personnes (36 ETP) et 2 stagiaires IDE, étaient en poste <p>L'effectif total se répartit de la manière suivante :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Profession</th><th>Nombre</th><th>ETP</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Directeur</td><td>1</td><td>1</td></tr> <tr> <td>Directeur adjoint</td><td>1</td><td>1</td></tr> <tr> <td>Médecin coordonnateur</td><td>2</td><td>0,8</td></tr> <tr> <td>IDEC</td><td>1</td><td>1</td></tr> <tr> <td>IDE</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr> <td>AS</td><td>35</td><td>34,5</td></tr> <tr> <td>ASH</td><td>15</td><td>14,4</td></tr> <tr> <td>Cuisine / services généraux</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Animation / service sociale</td><td>1</td><td>1</td></tr> <tr> <td>Secrétaire</td><td>2</td><td>2</td></tr> <tr> <td>Psychologue</td><td>1</td><td>1,2</td></tr> <tr> <td>Psychomotricienne</td><td>1</td><td>1</td></tr> <tr> <td>Educateur Activité Physique Adapté</td><td>1</td><td>0,5</td></tr> <tr> <td>Médecin prescripteur</td><td>1</td><td>0,4</td></tr> <tr> <td>Total</td><td>72</td><td>68,8</td></tr> </tbody> </table>	Profession	Nombre	ETP	Directeur	1	1	Directeur adjoint	1	1	Médecin coordonnateur	2	0,8	IDEC	1	1	IDE	5	5	AS	35	34,5	ASH	15	14,4	Cuisine / services généraux	5	5	Animation / service sociale	1	1	Secrétaire	2	2	Psychologue	1	1,2	Psychomotricienne	1	1	Educateur Activité Physique Adapté	1	0,5	Médecin prescripteur	1	0,4	Total	72	68,8	D312-155-0 du CASF L.311-3 1° CASF L311-3 3 L311-8 CASF	
Profession	Nombre	ETP																																																			
Directeur	1	1																																																			
Directeur adjoint	1	1																																																			
Médecin coordonnateur	2	0,8																																																			
IDEC	1	1																																																			
IDE	5	5																																																			
AS	35	34,5																																																			
ASH	15	14,4																																																			
Cuisine / services généraux	5	5																																																			
Animation / service sociale	1	1																																																			
Secrétaire	2	2																																																			
Psychologue	1	1,2																																																			
Psychomotricienne	1	1																																																			
Educateur Activité Physique Adapté	1	0,5																																																			
Médecin prescripteur	1	0,4																																																			
Total	72	68,8																																																			
2.1.1.6	Gestion des ressources humaines	<p>Quels sont les différents types de contrats de travail (titulaire, CDI, CDD court ou long, intérim, autres) et leur nb respectif ?</p> <p>Combien de professionnels en intérim par catégorie professionnelle par rapport aux emplois liés à l'activité normale et permanente de l'établissement ?</p>	<p>Les différents types de contrat se répartissent ainsi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CDD : 15 - CDI : 54 - Contrats de professionalisation : 3 <p>Sur les 72 salariés de l'EHPAD, 15 sont en CDD dont 4 AS et 4 ASH. Les CDD représentent 20.8 % des effectifs de l'établissement.</p>		Article L. 1242-2 du Code du travail Articles L. 1242-1 et L. 1248 du Code du travail D. 312-155-0 II11 du CASF L311-3 CASF Cour de Cassation, Chambre																																																

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP										
		Y a-t-il recours en proportion importante aux CDD ou en intérim ?			criminelle : arrêt du 8 juin 2021 (
2.1.1.3	Gestion des ressources humaines	Quelle est la proportion de rotation du personnel et taux d'absentéisme ?	L'établissement fait état d'un taux de rotation des AS/AMP de l'ordre de [REDACTED] Le taux d'absentéisme pour ces deux professions est [REDACTED] pour les AS/AMP et de [REDACTED] pour les IDE .		L.311-3 1° CASF L311-3 3°										
2.1.1.7	Gestion des ressources humaines	Quel est le contenu des dossiers administratifs des professionnels : - embauche, - diplôme / inscription à l'Ordre, - suivi de la carrière, - bulletin du casier judiciaire (B3, B2 si EHPAD public), - l'original signé par l'employeur et le salarié de fiche de poste / fiche de tâches / fiche de mission/, feuille de route ... - évaluation annuelle et objectifs, - attestations de formation. - médecine du travail	Dans certains dossiers administratifs des professionnels, la mission d'inspection a pu constater que les pièces suivantes étaient absentes : - preuve de recherche de bulletin du casier judiciaire, - entretien professionnel annuel, - contrat de travail.	E 04	L133-6 CASF CASF Articles L. 1242-1 et L. 1248 du Code du travail Art L6315-1, code du travail L451-1 CASF D451-88 et -89 CASF et arrêté 29/01/2016 relatif à la formation au DEAES L.4391-1 CSP et arrêté du 10/06/2021 relatif à la formation au DEAS R. 4311-3 et -4 CSP										
2.1.1.8	Gestion des ressources humaines	Nombre et qualité des professionnels/prestataires externes ? La direction a-t-elle répertorié tous les diplômes des professionnels et les inscriptions à l'Ordre pour les professionnels de santé salariés/libéraux qui dépendent d'un Ordre (médecins, IDE, kinés, orthophoniste...)?	Le nombre et la qualité des professionnels/prestataires externes sont exposés dans le tableau ci-après: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Professionnels/prestataires</th> <th>Fréquence d'intervention</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Médecin traitant</td> <td>1 à 2 fois / mois</td> </tr> <tr> <td>Kinésithérapeute</td> <td>4 fois / semaine</td> </tr> <tr> <td>Podologue</td> <td>2 à 3 fois /mois</td> </tr> <tr> <td>Podologue</td> <td>1 fois /mois ou 2 mois</td> </tr> </tbody> </table> La direction a répertorié les diplômes des professionnels et les inscriptions à l'Ordre pour les professionnels de santé salariés qui dépendent d'un Ordre.	Professionnels/prestataires	Fréquence d'intervention	Médecin traitant	1 à 2 fois / mois	Kinésithérapeute	4 fois / semaine	Podologue	2 à 3 fois /mois	Podologue	1 fois /mois ou 2 mois		Art. D312-157 CASF D312-155-0 II CASF L312-1 II 4°alinéa CASF (L.4391-1 du CSP () 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
Professionnels/prestataires	Fréquence d'intervention														
Médecin traitant	1 à 2 fois / mois														
Kinésithérapeute	4 fois / semaine														
Podologue	2 à 3 fois /mois														
Podologue	1 fois /mois ou 2 mois														
2.1.2.0	Gestion des ressources humaines	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Vérifier l'existence d'un plan de formation et l'effectivité de sa mise en œuvre - S'assurer d'un													

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
		<p>accompagnement à la mobilité et à la promotion des agents</p> <ul style="list-style-type: none"> - S'assurer de l'existence d'un accompagnement et d'un soutien des personnels <p><u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique – Managérial - Social</p>			
2.1.2.1	Gestion des ressources humaines	<p>Existe-t-il un plan de formation des professionnels actualisé pour N et N+1 ? Formations externes + mini formations sur les thématiques et procédures de soins de l'EHPAD</p> <p>Les professionnels ont-ils accès à des formations externes ? A des formations diplômantes ?</p> <p>Quels sont les thèmes des formations (bientraitance, douleur, fin de vie, mesures barrières, gestes qui sauvent...)</p> <p>I</p> <p>Est-ce que tous les professionnels ont accès aux actions de formation ?</p> <p>Le médecin coordonnateur contribue-t-il à la mise en œuvre de la politique de formation ?</p> <p>Quelle est la place faite à la prévention de la maltraitance ?</p> <p>Les personnels sont-ils sensibilisés aux troubles du comportement ou aux troubles sensoriels pour adapter leur attitude professionnelle ?</p>	<p>Un plan de formation actualisé pour N et N+1 a été mis en œuvre.</p> <p>Au titre de l'année 2023, les professionnels ont pu bénéficier de 25 formations dont 10 dispensées par un prestataire externe . 4 formations ont été diplômantes. Dans le cadre des formations dispensées sont notamment abordés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les troubles anxieux dépressifs risque suicidaire, - la prévention de la dénutrition, - le vieillissement, troubles du comportement, hypnose conversationnelle, - les troubles de la déglutition, - l'évaluation de la douleur, - la grippe / vaccins, - l'hygiène - lavage des mains, - la dispensation des traitements de nuit , - les chutes et postures au fauteuil. <p>Trois salariés ont bénéficié de contrats de professionnalisation dans l'optique d'obtenir le diplôme d'état d'aide soignant.</p> <p>Le médecin coordonnateur contribue à la mise en œuvre de la politique de formation.</p> <p>Tous les professionnels ont accès aux actions de formation.</p>		L313-12-3 CASF (L119-1 CASF HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance", 2008
2.1.2.3	Gestion des ressources humaines	<p>L'aide à la mobilité interne des agents est-elle prise en compte dans le plan de formation ?</p> <p>Quelle est la procédure d'information du personnel relative à la VAE ?</p> <p>Quelle est la procédure d'inscription à la VAE ?</p> <p>Combien d'ASH intégrées dans le protocole VAE d'AS-AMP-AES ?</p>	<p>L'aide à la mobilité interne des agents est prise en compte dans le plan de formation via l'affichage et communication des appels à candidatures internes au Groupe DOMUSVI.</p> <p>La procédure d'information du personnel relative à la VAE est l'Information en réunion d'équipe.</p> <p>La procédure d'inscription à la VAE est :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la demande auprès de la direction, - l'inscription sur France VAE, - l'accompagnement du suivi du salarié par nos partenaires Groupe. <p>2 prévues pour 2024 d'ASH intégrées dans le protocole VAE d'AS-AMP-AES . Les ASH en VAE ont tous un tuteur.</p>		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
		Les ASH en VAE ont-ils tous un tuteur ?			
2.1.2.5	Gestion des ressources humaines	<p>Existe-t-il un protocole d'accueil des nouveaux professionnels ?</p> <p>Les nouveaux arrivant sont ils accompagné d'un pair ?</p> <p>Existe-t-il des pratiques organisées de soutien aux professionnels (d'analyse des pratiques, tutorat, groupes de parole...) ?</p>	<p>L'accueil de nouveaux professionnels prévoit une journée en doublon avec un pair, un échange avec le cadre de santé, et la remise des documents.</p> <p>Il existe des pratiques organisées de soutien aux professionnels (d'analyse des pratiques, tutorat, groupes de parole...) par la psychologue au cas de besoin.</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 »)
2.1.3.0	Gestion des ressources humaines	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> <ul style="list-style-type: none"> - S'assurer de l'échange autour des pratiques professionnelles et, si nécessaire, de réflexions éthiques - Sans se substituer à l'inspection du travail, apprécier les conditions de travail <u>Principales catégories de risques possibles</u> : Sécurité des agents - Social			L4121-3, L41-3-1 & R 4121-1 & R4121-2 du Code du Travail
2.1.3.1	Gestion des ressources humaines	<p>Existe-t-il des temps d'échange organisés (hors temps de transmission) entre les professionnels sur leurs pratiques, avec possibilité d'actions de soutien des équipes ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - au sein de l'équipe ? - à l'occasion de réunions d'équipe ? - à l'occasion des entretiens individuels annuels ? <p>Existe-t-il une démarche de questionnement éthique permettant des réflexions préalables à des décisions dans l'intérêt des personnes en tenant compte des contraintes relatives à des situations ?</p>	<p>Il existe des temps d'échanges organisés pour faire des retours collectifs sur les pratiques professionnels.</p>		Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS (HAS - 08/03/2022)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.4.0	Gestion des ressources humaines	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - S'assurer que l'affectation des personnels (Plannings, remplacements...) permet le bon fonctionnement de la structure à tout moment, y compris la nuit, le week-end et les jours fériés <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Sécurité des personnes			
2.1.4.1	Gestion des ressources humaines	Les plannings sont-ils faits en avance ? Les informations concernant les différentes catégories de professionnels et les étages / unités d'affectation sont-elles claires ? La construction des plannings prend-elle en compte les difficultés particulières de certaines unités pour éviter l'épuisement des personnels (pénibilité) ? Quelles sont les modalités de gestion des plannings des équipes soignantes / des équipes hôtelières ?	Les plannings sont faits en avance. Les plannings des équipes soignantes sont réalisés par l'IDEC et l'adjointe. Ceux concernant les équipes hôtelières sont faits par leur responsable.		
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 ?	Répartition sur la semaine : - Soignants / Hôtelier / Cuisine : 10H par jour en roulement - Lingerie : 7 h par jour en roulement - Administratifs / animation / lingerie / agent de maintenance : du lundi au vendredi, 35H par semaine 37 personnes étaient présentes le jour du contrôle. Les effectifs sont conformes aux plannings établis.		
2.1.4.10	Gestion des ressources humaines	Quelles sont leurs qualifications, expériences et formations du personnel intervenant la nuit ou week-end ?	Les personnels intervenant la nuit ou week-end sont des AS et des AMP diplômés.		
2.1.4.2	Gestion des ressources humaines	Admin = utile pour questionnaires IDE, AS, AMP. Les personnels disposent-ils de fiches de poste adaptées : - Description des fonctions, - conduites à tenir, - marge d'initiative et limites en cas d'événement inattendu,	Les personnels disposent de fiches de poste adaptées avec : - les descriptions des fonctions, - les conduites à tenir, - la marge d'initiative et limites en cas d'événement inattendu, - la possibilité de recours auprès des cadres de permanence.		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
		- possibilité de recours auprès des cadres de permanence ou d'astreinte...?			
2.1.4.4	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il des glissements de tâches entre les catégories de personnels ?	Absence significative de glissements de tâches.		L451-1 du CASF L.4391-1 du CSP 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 R4311-1 CSP D312-155, 2° CASF L311-3, 1° CASF (
2.1.4.7	Gestion des ressources humaines	Comment la structure fait-elle face aux absences prévues et inopinées ? Existe-t-il une procédure pour organiser des remplacements ?	La structure dispose d'un pool de professionnels avec lequel elle a l'habitude de travailler. Il existe une procédure pour l'accueil des nouveaux professionnels.		

LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

Les personnes rencontrées par la mission se repartissent ainsi :

Nombre	Fonction	Contrat
1	Directrice	CDI
1	IDEC	CDI
1	IDE	CDI
2	ASH	CDI
1	AMP	CDI
1	Membre du CVS	
1	AMP	CDI

Récapitulatif des écarts et des remarques

Écarts

Numéro	Nature de l'écart	Textes de référence	Item(s) du rapport	Numéros de page(s)
E01	Incomplétude du règlement de fonctionnement.	R.311-35, R.311-36, R.311-37 du CASF	1.2.1.2	10
E02	Absence d'affichage de l'organigramme faisant du nombre d'ETP.	L315-17 CASF D 312-176-5 CASF Circ DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24/03/2004 relative au livret d'accueil L311-8 CASF D312-155-0 du CASF L312-1, II, 4° CASF	1.2.2.1	11
E03	Absence de publication des délégations au sein de l'établissement.	D312-176-5 CASF R314-88 CASF D315-68 CASF D315-70 CASF D315-71 CASF	1.2.2.10	13
E04	Incomplétude des dossiers administratifs des professionnels.	L133-6 CASF CASF Articles L. 1242-1 et L. 1248 du Code du travail Art L6315-1, code du travail L451-1 CASF D451-88 et -89 CASF et arrêté 29/01/2016 relatif à la formation au DEAES L.4391-1 CSP et arrêté du 10/06/2021 relatif à la formation au DEAS R. 4311-3 et -4 CSP	2.1.1.7	21

Conclusion

L'inspection de l'EHPAD « Le pavillon des arts » a été réalisée en visite inopinée, sur site le 24 juin.2024.

Le fonctionnement de l'établissement et le niveau général des prestations proposées aux résidents sont apparus à la mission globalement satisfaisants. Il convient de noter un climat social perçu, à la date de l'inspection, comme serein et une véritable volonté de l'encadrement de permettre un accès à la formation pour les personnels.

Toutefois, des fragilités ont été repérées, en effet, l'équipe IDE fonctionne essentiellement avec des vacataires, de plus, certains dossiers administratifs des personnesl sont incomplets.

Au total, la mission relève **quatre écarts** à la réglementation qui nécessitent que le gestionnaire et le directeur de l'établissement engagent des actions correctrices et pour améliorer et consolider la qualité et la sécurité des prises en charge et des prestations proposées aux résidents de l'établissement.

Cergy, le

Inspecteur hors classe de l'action sanitaire et sociale, coordonnateur de la mission d'inspection

Inspectrice de l'action sanitaire et sociale

Glossaire

AMP : Auxiliaire médico-psychologique
ARS : Agence Régionale de Santé
AS : Aide-soignant
C : 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
CDS : Contrat de séjour
CNIL : Commission nationale Informatique et Libertés
CNR : Crédits non reconductibles
Covid : Corona Virus disease
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
EII/EIGG : Evènement indésirable/évènement indésirable grave
ETP : Equivalent temps plein
GIR : Groupe Iso-Ressources
GMP : Groupe Iso-Ressources moyen pondéré
HACCP : « Hazard Analysis Critical Control Point »
HAD : Hospitalisation à domicile
HAS : Haute Autorité de Santé (ex-ANESM)
HCSP : Haut-comité de santé publique
IDE : Infirmier diplômé d'Etat
IDEC : Infirmier diplômé d'Etat coordonnateur
MEDEC : 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 du Val d'Oise



Cergy, le 22 AVR. 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.

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 cibles, une évaluation et une vérification des conditions de son fonctionnement et de la qualité des prises en charge des résidents.

L'EHPAD dénommé « Le pavillon des arts » et situé à Saint Brice Sous Forêt (FINESS n°950807826) a été inscrit dans la programmation 2024 de ces contrôles.

Aussi, je vous demande de réaliser une inspection de cet établissement portant principalement sur les thématiques suivantes :

- la gouvernance : la conformité aux conditions de l'autorisation, le management et stratégie, l'animation et le fonctionnement des instances, la gestion de la qualité et la gestion des risques, des crises et des événements indésirables ;
- les fonctions support : la gestion des ressources humaines.

La mission diligentée dans le cadre des dispositions prévues par les articles L.1421-1 et suivants, L.1435-7, L.6116-1 et L.6116-2 du Code de la santé publique (CSP), ainsi que par les articles L.133-2 du CASF sera composée de :

-
-

Immeuble Equinoxe
16 avenue des Béguines
95800 Cergy
Tél : 01 34 41 14 00
www.iledefrance.ars.sante.fr

L'inspection aura lieu sur site à compter du 24 juin 2024 selon l'organisation suivante :

- la mission sera réalisée entre 8 heures et 20 heures (cf. article L.1421-2 du CSP), de manière inopinée ;
- les dispositions de l'article L.1421-3 du CSP¹ s'appliqueront : l'inspection comprendra un contrôle sur site et sur pièces. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement.

En outre, la mission mènera les entretiens avec les personnes qu'elle jugera utile de rencontrer et accèdera à l'ensemble des locaux qu'elle jugera utile également de visiter.

A l'issue de la mission, un rapport sera remis au gestionnaire d'établissement. Il sera accompagné d'un courrier de propositions de décisions administratives à son attention.

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. Les décisions définitives seront notifiées à la fin 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 CASF, vous devrez nous transmettre une proposition de mesures correctives.

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

La Directrice de la délégation départementale
du Val-d'Oise
de l'Agence régionale de santé Île-de-France

¹ Art L.1421-3 CSP : « Les agents mentionnés à l'article L. 1421-1 peuvent recueillir sur place tout renseignement, toute justification ou tout document nécessaires aux contrôles. Ils 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. Les agents ayant la qualité de médecin ont accès à toutes données médicales individuelles nécessaires à l'accomplissement de leurs missions dans le respect des dispositions de l'article 226-13 du code pénal ».

Annexe 2 : Liste des documents demandés hors tableau RH et relevé des documents transmis.

**Liste des documents à fournir immédiatement
En 2 exemplaires**

N°	Nature du document demandé	Délai
1	Liste nominative des résidents par chambre et étage, avec GIR et bénéficiaire ou non de l'aide sociale présents ce jour. Préciser pour chaque résident s'il relève d'une protection judiciaire (tutelle/curatelle)	immédiat
2	Liste des salariés présents ce jour par unité en précisant le poste occupé et le type de contrat.	immédiat
3	Planning nominatif des salariés (y compris l'équipe de la nuit écoulée) de la journée, de la semaine en cours nuit et jour, de la semaine passée nuit et jour, légendé (explication des codes couleurs et abréviations) - dont vacataires et stagiaires.	immédiat
4	Organigramme nominatif de l'EHPAD.	immédiat
5	Plan des locaux.	immédiat

**Liste des documents à transmettre à la mission pour consultation sur place
Mettre à disposition avant 11h30**

N°	Nature du document demandé	Copie (s/clé USB) ou consultation
6	Liste nominative des personnels avec l'ETP, date du recrutement, nature du contrat de travail et fonction exercée (format Excel)	copie
7	Plannings des équipes de soins jour/nuit des 2 derniers mois (y-c les temps de transmission) et organisation type des personnels par unité ou secteur avec légendes claires	copie
8	Tableau de suivi des projets de vie	copie
9	Dossiers des résidents et projets de vie	consultation
10	Dossiers RH des salariés du jour et de nuit (veille)	consultation
11	Registre légal des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)	consultation
12	Classeurs 2021-2022-2023 des Réclamations et des EIG	copie
13	Registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents	copie ou consultation
14	Registre de sécurité et PV de la commission communale de sécurité incendie et accessibilité et PV de la dernière visite des services vétérinaires	copie

Liste des documents à transmettre sous 48h après l'inspection

Format électronique uniquement à l' adresse suivante :

- Ars-dd95-inspections@ars.sante.fr – via le lien Bluefiles transmis par mail

N°	Nature du document demandé	Copie (s/clé USB) ou consultation
15	Qualifications et diplôme du directeur de l'EHPAD, du MedCo, de l'IDEC (contrat si intérim ou transition)	copie
16	Contrats de travail du MedCo et du médecin prescripteur (si poste existant)	copie
17	Fiches de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD, du MedCo, de l'IDEC, du psychologue, des soignants et de l'animateur	copie
18	Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD (DUD)	copie
19	Organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur (note/procédure)	copie
20	Planning des astreintes et procédure.	copie
21	Projet d'établissement et projet de soins plan bleu	copie
22	Livret d'accueil, règlement de fonctionnement, contrat de séjour, charte de la personne accueillie...	copie
23	Projet d'animation	copie
24	Liste nominative des personnels avec date du recrutement, nature du contrat de travail et fonction exercée à renseigner dans le tableau des personnels salariés de l'EHPAD (modèle transmis le jour de l'inspection sous format Excel et non PDF)	copie
25	Plannings des équipes de soins jour/nuit des 2 derniers mois (y-c les temps de transmission) et organisation type des personnels par unité ou secteur avec légendes	copie
26	Plan de formation réalisé N-2, N-1 et prévisionnel N, attestations des formations suivies	copie
27	PV et comptes rendus de CSE, CSSCT	copie
28	Programme d'animation pour les deux derniers mois	copie
29	Derniers résultats des enquêtes de satisfaction	copie
30	Récapitulatif des événements indésirables recensés en 2021, 2022 et 2023 en précisant : date, motifs et si déclarés ou non à ARS/CD	copie
31	Protocole de signalement des événements indésirables aux autorités administratives (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016)	copie
32	CR des réunions du CVS/2021 et 2022	copie
33	Questionnaires « gouvernance » et « fonctions support» complétés	copie
34	Tableau des différentes catégories socioprofessionnelles	copie
35	Tableau des professionnels externes de santé à l'EHPAD	copie
36	Tableau des formations 2022 et 2023	copie



Immeuble Equinoxe
16 avenue des Béguines
95800 Cergy
Tél : 01 34 41 14 00
www.iledefrance.ars.sante.fr