

A Cergy, le

15 FEV. 2024

Lettre recommandée avec AR

N° 2 C 184 569 9995 3

Monsieur,

Je vous prie de trouver ci-joint :

- le rapport faisant suite à l'inspection du 13 novembre 2023,
- la lettre d'intention,
- les annexes des mesures envisagées.

Ces documents ont été adressés ce jour à Madame

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de notre considération distinguée.

Pour la Directrice de la
délégation départementale du Val d'Oise
De l'Agence régionale de santé Ile de France
Le Directeur de projet

Délégation départementale du Val d'Oise

Lettre recommandée avec AR

N°2C1845699946

Cergy, le

15 FEV. 2024

Madame la Présidente,

Le Gouvernement a engagé début février 2022 la mise en œuvre d'un plan national d'inspection et de contrôle des EHPAD dont les effets attendus 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.

L'inspection diligentée sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF) qui a eu lieu le 13 novembre 2023 au sein de l'EHPAD « Le Manoir » et situé à Bray-et-Lû (n°FINESS ET 950807263) de manière inopinée s'est inscrite dans ce cadre.

La mission d'inspection m'a remis son rapport dont vous trouverez un exemplaire joint à ce courrier.

Elle a mis en évidence une situation contrastée au sein de l'établissement.

Le fonctionnement de l'établissement, le niveau général des prestations proposées aux résidents sont apparus à la mission globalement satisfaisante. Un effort de rigueur dans la gouvernance a été initié par la direction nouvellement mise en place et doit être maintenu sur le long terme.

En effet, des fragilités ont été repérées. Il convient de noter le nombre particulièrement élevé de personnels ne possédant pas les qualifications requises par la réglementation, l'absence d'actualisation du projet d'établissement et le caractère incomplet du règlement de fonctionnement. Ces éléments ne facilitent pas la mobilisation des personnels autour d'objectifs clairement identifiés.

Aussi, compte-tenu de ces constats, j'envisage de vous notifier six prescriptions et cinq recommandations figurant en annexe du présent courrier.

Dans le cadre de la procédure contradictoire prévue par les articles L. 121-1 et L. 122-1 du code des relations entre le public et l'administration, nous vous invitons à nous faire connaître vos observations sur les mesures correctives envisagées dans un délai d'un mois à compter de la réception du présent courrier.

Je vous remercie de bien vouloir adresser la copie de vos éléments de réponse à

Sans réponse de votre part à l'issue de ce délai, nous vous notifierons nos décisions définitives telles que figurant à l'annexe précitée.

Nous vous prions d'agréer, Madame la Présidente, l'expression de notre considération distinguée.

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

Copie : _____

Directeur
Résidence Le Manoir
2 Route du Vernon
95710 Bray-et-Lû

Immeuble Equinoxe
16 avenue des Béguines
95800 Cergy

Annexe : Mesures envisagées dans le cadre de l'inspection réalisée le 13 novembre 2023 au sein de l'EHPAD Le Manoir (n°FINESS n°950807263), situé à Bray-et-Lû.

Numéro	Prescriptions envisagées	Textes de référence	Référence rapport	Délai de mise en œuvre
P01	Faire figurer dans le règlement de fonctionnement toutes les mentions obligatoires	Art.R.311-35, R.311-36, R.311-37 du CASF	1.2.1.2	6 mois
P02	Rédiger un projet d'établissement actualisé et le transmettre à l'ARS	Art.L311-8 du CASF ; Art.D311-38 du CASF ; Art.D312-160 ; Art.R314-88 1° du CASF	1.2.1.4	6 mois
P03		Art.D312-157 CASF	1.2.2.15	1 mois
P04	Mettre en place un plan d'amélioration continue de la qualité et le transmettre à l'ARS	Art.L312-8 CASF	1.4.1.7	6 mois
P05	Veiller à ce que les postes d'AS soient occupés par des AS diplômés ou en cours d'acquisition de diplôme, soit par VAE ou par formation initiale – transmettre à l'ARS les attestations d'inscription et diplômes	Art.D312-155-0 du CASF ; Art.L.311-3 1° CASF Art.L311-3 3°	2.1.1.1	4 mois
P06	Vérifier l'inscription à l'ordre des professionnels de santé libéraux et communiquer à l'ARS les preuves d'inscription aux ordres concernés	Art. D312-157 CASF ; Art D312-155-0 II CASF ; Art L312-1 II 4°alinéa CASF ; Art L.4391-1 du CSP ; Art D451-88 et -89 CASF	2.1.1.8	1 mois
R01	Adresser la fiche de poste du directeur à l'ARS		1.2.2.6	
R02	Procéder à l'affichage complet : rajouter le règlement de fonctionnement, les résultats de la dernière enquête de satisfaction et les tarifs et horaires des diverses prestations		1.2.3.5	
R03	Développer la culture de la déclaration d'EIG et du retour d'expérience au sein des équipes		1.5.1.3	
R04	Procéder à la structuration des dossiers administratifs des personnels (fiches de postes signées) et veiller à leur complétude		2.1.1.7	
R05	Mettre en place une procédure pour organiser les remplacements		2.1.4.7	



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Délégation départementale du Val d'Oise



**Etablissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes**

**Résidence du Manoir (EHPAD)
2 Route de Vernon Bray et Lu (95710)
N° FINESS 950807263**

RAPPORT D'INSPECTION

**N° 2023_IDF_00148
Contrôle sur place le 13/11/2023**

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
- 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 disjointre, 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.....	14
Gestion de la qualité	15
Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables	17
Fonctions support.....	18
Gestion des ressources humaines.....	18
Les personnes rencontrées par la mission se repartissent ainsi :.....	23
Récapitulatif des écarts et des remarques.....	24
Écarts	24
Remarques	24
Conclusion.....	25
Glossaire	26
Annexes	27
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle	27
Annexe 2 : Liste des documents demandés hors tableau RH et relevé des documents transmis.....	29

Synthèse

Éléments 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 Résidence du Manoir, situé à Bray et Lu, n°FINESS ET 950807263, 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 13/11/2023, 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 2 Route de Vernon 95710 Bray et Lu, l'EHPAD Résidence du Manoir est géré par la SAS Colisée Patrimoine Group située 7/9 allée Haussemann – 33070 Bordeaux Cedex.

Ouvert en 1989 et transformée en EHPAD en 2002, l'EHPAD Résidence du Manoir dispose de 72 places en hébergement permanent.

Il ne comprend aucune place en accueil de jour.

Il est habilité à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale à hauteur de 10%, soit 7 places.

L'EHPAD est conçu pour accueillir également des personnes âgées atteintes de maladie de type Alzheimer ne nécessitant pas d'unité protégée.

Selon l'ERRD 2022, le GMP s'élève à 723 et le PMP à 197¹. Aussi, les données de l'EHPAD sont-elles en dessous des chiffres médians régionaux ci-dessous mentionnés.

Les 72 résidents accueillis en 2023 étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
EHPAD	26.32%	31.58%	8.77%	24.56%	8.77%
IDF ²	18%	40%	18%	17%	7%

Le budget de fonctionnement est de en 2023.

¹ Les GMP et PMP médians de tous les EHPAD de la région Ile-de-France sont respectivement de 738 et 221 ; en prenant uniquement en compte les établissements du privé lucratif de plus de 100 places, le GMP médian est de 725 et le PMP 216.

² 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
- Sans objet, noté « SO » : point non mis en œuvre au niveau de l'établissement

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	Principaux objectifs du contrôle : - 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 À l'occasion du contrôle, s'assurer que la structure connaît la procédure de renouvellement d'autorisation. Principales catégories de risques possibles : Juridique			
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 liées à ce statut sont-elles satisfaites ? (Instances gestionnaire : Conseil d'administration (public), Président d'association, PDG)	L'EHPAD fait partie des 2 EHPAD gérés par la SAS Colisée Patrimoine Group sur le Val d'Oise depuis le 28 décembre 2017. Statut juridique : privé à but lucratif. La première convention tripartite a été signée le 28 octobre 2002 et renouvelée le 30 juillet 2008.		Art.L313-1
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 ? La proportion des chambres doubles est-elle correcte par rapport à la moyenne nationale de 10% ? Maintenir/atteindre un taux d'occupation des places d'hébergement permanent en EHPAD supérieur à 95% Maintenir/atteindre un taux d'occupation des places d'hébergement temporaire en EHPAD supérieur à 70% Maintenir/atteindre un taux d'occupation des places d'accueil de jour en EHPAD	Le taux de présence des résidents était de 99%. Le taux d'occupation à N-1 était de L'établissement compte 63 chambres dont 54 chambres simples, 9 chambres doubles dont une jumelée. Conditions d'autorisation : 72 places d'hébergement permanent Dont 7 places habilitées à l'aide sociale		Art.L313-1 Art.L313-4 CASF Art.R314-87 et R314-88-I et -II du CASF. & art.R 332-1 CASF Art.D312-155-0-1 CASF Art.D312-155-0-2 CASF Art.D312-8 et -9 CASF

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP												
		supérieur à 70% Maintenir/atteindre un taux d'occupation de l'accueil de jour autonome à 70%															
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 simplement dans la "présentation" de l'EHPAD	Il n'y a pas de CPOM en cours de validité. La première réunion de négociation CPOM s'est tenue le vendredi 10 novembre 2023.		Art.L313-11 CASF Art.L313-12												
1.1.2.0	Conformité aux conditions d'autorisation	Principaux objectifs du contrôle : Vérifier que les missions réalisées par la structure sont conformes à l'autorisation Principales catégories de risques possibles : 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 ?	NA		Art. D312-155-0-1 Art. D312-155-0-2												
1.1.3.0	Conformité aux conditions d'autorisation	Principaux objectifs du contrôle : - 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 Principales catégories de risques possibles : 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 ?	Le nombre de personnes accueillies est de 72. La moyenne d'âge des personnes est de 89 ans. Les résidents accueillis en année N étaient répartis comme suit : <table border="1"> <tr> <td>Dépendance</td><td>GIR 1</td><td>GIR 2</td><td>GIR 3</td><td>GIR 4</td><td>GIR 5 et 6</td></tr> <tr> <td></td><td>26.32%</td><td>31.58%</td><td>8.77%</td><td>24.56%</td><td>8.77%</td></tr> </table> Deux personnes relèvent d'un régime de protection juridique des majeurs.	Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6		26.32%	31.58%	8.77%	24.56%	8.77%		Art.D313-15 du CASF Art.D312-158, 2°
Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6												
	26.32%	31.58%	8.77%	24.56%	8.77%												

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	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier l'existence et le contenu des instruments de pilotage prévus par les textes (règlement de fonctionnement, projet d'établissement, projet de service...) Principales catégories de risques possibles : 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 résident ?	Le règlement de fonctionnement est affiché et remis à chaque résident.		Art.L311-7 CASF ; Art.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, - Temps de réunions, transmissions, partage d'information, accueil nouveaux professionnels, évaluation des pratiques professionnelles.	Le règlement de fonctionnement ne présente pas toutes les dispositions obligatoires prévues dans le CASF à savoir : - les affections, la dépendance, la maladie d'Alzheimer - les temps de réunions, transmissions, partage d'information, accueil des nouveaux professionnels, évaluation des bonnes pratiques	E01	Art.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 date de 2015 et n'a pas été actualisé.	E02	Art.L311-8 du CASF Art.D311-38 du CASF Art.D312-160 CASF Art.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 ? * Bienveillance et prévention maltraitance * Projet d'animation * Perspectives d'évolution et de développement * Evaluation avec des indicateurs qualitatifs et quantitatifs 	Cf supra		<p>Art.L311-8 du CASF, Art.L315-17 D312-176-5 CASF (privé)</p> <p>Art.D311-38 du CASF (Art.R314-88, I, 1° du CASF</p> <p>Art.D312-158, 1° du CASF</p>
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 modalités de la continuité d'activité - les modalités de la reprise d'activité 	<p>Un plan bleu adapté à la structure a été élaboré en mai 2004, et sa dernière révision a été faite en juin 2023.</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 modalités de la continuité d'activité - les modalités de la reprise d'activité. 		<p>Art.L.311-3 du CASF Art.D312-160 CASF Art.D312-155-4-1 (PE, Arrêté du 7 juillet 2005</p>
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-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>Un directeur de transition M. est présent sur site depuis l'été 2023 à temps plein.</p> <p>L'organigramme transmis à jour.</p>		<p>Art.L315-17 et D 312-176-5 CASF Art.L311-8 Art.D312-155-0 du CASF ; Art.L312-1, II, 4° CASF</p>
1.2.2.2	Management et Stratégie	<p>A quelle fréquence ont lieu les CODIR / COMEX / COPIL (réunion des cadres de l'EHPAD) ?</p> <p>Qui y participe ? Qui rédige le CR ? Quelle diffusion ?</p>	<p>Le CODIR se réunit une fois par semaine. Le COPIL et le COMEX une fois par mois.</p> <p>Composition du CODIR : Directeur d'établissement, adjoint de direction, IDEC et Medco</p>		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			Composition du COPIIL/COMEX : Directeur et directeur adjoint, medco, IDEC, psychologue, gouvernante Le compte rendu est rédigé par le directeur, le directeur adjoint ou la secrétaire et il est diffusé par mail au CODIR élargi.		
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...	Turn over en Taux d'absentéisme en Aucun contentieux relevant du conseil des prud'hommes n'a été mentionné.		Art.L311-3 3° CASF
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-il une modalité de contact en urgence ?	Les relations avec l'organisme gestionnaire sont décrites comme fluides et constructives. Les directeurs d'établissement ont la possibilité de solliciter le comité support au niveau régional. Un tableau de bord de suivi de l'activité est à remonter hebdomadairement et mensuellement au siège régional. Le directeur régional est joignable. Il y a aussi une procédure de gestion de crise entre directeurs régionaux. Un directeur d'intervention par région peut intervenir en cas de vacances de poste du directeur.		Art.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	 Le directeur de transition a pris ses fonctions le 19 juin 2023 à temps plein. La fiche de poste du directeur n'a pas été portée à la connaissance de la mission.	R01	Art.L315-17 du CASF ; 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 ?	Le directeur est diplômé octobre 2021, délivré par		Art.D312-176-6 du CASF Art.D312-176-7 CASF Art.D312-176-10
1.2.2.8	Management et Stratégie	Existe-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 ?	Il existe des astreintes administratives et techniques, elles ne sont pas mutualisées avec d'autres établissements. La nuit, une astreinte téléphonique est disponible pour prendre les décisions nécessaires.		
1.2.2.9	Management et Stratégie	Le jour de l'inspection, la direction de l'EHPAD est-elle présente ? Si le directeur est absent, son remplacement est-il formalisé et connu des équipes ?	Le directeur et l'adjointe de direction étaient présents sur site.		
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 ?	Le directeur d'établissement a reçu délégation de signature par le directeur régional. Il n'y a pas de délégation entre le directeur et l'adjointe. Ces délégations n'ont pas été communiquées au conseil d'administration et n'ont pas été publiées au sein de l'établissement.		Art.D312-176-5 CASF (Art.R314-88 CASF Art.D315-68 CASF Art.D315-70 CASF Art.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 mission n'a pas eu connaissance de possibilité de subdélégation de signature.		Art.D315-67 CASF Art.D315-68 CASF Art.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'un IDEC qui a pris ses fonctions le 15 janvier 2022 à temps plein. Il est diplômé de l'université I		RBPP HAS
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 fiche de poste est 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 8 mai 2023. Il exerce ses fonctions à hauteur de 0.6 ETP et assure des atreintes médicales.		Art.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 gériatrie validés dans le cadre de la formation médicale		E03	Art.D312-157 CASF et D312-159-1 CASF

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
		continue - et/ou un diplôme d'études spécialisées complémentaires en gériatrie.	Le diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires en Gériatrie du médecin n'a pas été transmis.		
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 le directeur ont signé un contrat précisant : <ul style="list-style-type: none"> • Les modalités d'exercice, • Le pourcentage d'ETP consacré à la fonction de MedCo : 60%, • Ses missions. 		Art.D312-159-1 CASF Art.R313-30-1 CASF Art.L314-12 CASF
1.2.3.0	Management et Stratégie	Principaux objectifs du contrôle - 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 événement indésirable ou une crise Principales catégories de risques possibles : Managérial - Social – Médiatique			
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	Les éléments suivants manquent à l'affichage le jour de l'inspection : <input type="checkbox"/> règlement de fonctionnement <input type="checkbox"/> résultats de la dernière enquête de satisfaction <input type="checkbox"/> tarifs et horaires des diverses prestations	R02	Art.L. 311-4 CASF ; Art.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	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier son existence, les modalités de sa constitution, de son renouvellement, sa composition et son fonctionnement Principales catégories de risques possibles : Juridique – Sécurité des personnes			Art.D311-3 à 32-1 CASF

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.3.3.1	Animation et fonctionnement des instances	<p>Il y a-t-il un CVS en place ? Date de la dernière élection ?</p> <p>La composition du CVS est-elle conforme à la réglementation ?</p> <p>Le règlement de fonctionnement a-t-il été approuvé par le CVS ?</p> <p>Qui sont établis les ordres du jour ? et modalités de communications ?</p> <p>Combien de fois se réunit le CVS chaque année ?</p> <p>Qui est chargé de rédiger les comptes rendus ?</p>	<p>Un CVS a été mis en place. La dernière réunion du CVS a eu lieu le 18 octobre 2023. La dernière élection a eu lieu le 07 septembre 2023.</p> <p>Le règlement de fonctionnement a été approuvé par le CVS en date du 15/11/2023.</p> <p>Les ordres du jour sont établis par le directeur et communiqués par mails, lettres, appels, affichages.</p> <p>Le CVS se réunit 4 fois par an.</p> <p>Les comptes-rendus sont rédigés par la secrétaire ou l'animatrice.</p>		<p>Art.D311-4 CASF Art.D311-5 CASF Art.D311-6 CASF Art.D311-8 CASF Art.D311-9 CASF Art.D311-12 et -13 CASF Art.D311-15 CASF (CVS Art.D311-16 CASF Art.D311-20 CASF</p>
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 ?	<p>Le CVS est informé des :</p> <ul style="list-style-type: none"> • événements indésirables et dysfonctionnements, • actions correctrices mises en œuvre. 		Art.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	<p>Principaux objectifs du contrôle :</p> <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 <p>Principales catégories de risques possibles : Juridique – Sécurité des personnes</p>			
1.4.1.1	Gestion de la qualité	<p>Des professionnels sont-ils désignés référent ?</p> <p>Si oui, dans quel domaine ?</p> <p>Sont-ils connus des autres professionnels ?</p> <p>Un responsable « qualité » a-t-il été désigné ?</p> <p>Est-il formé aux méthodes de l'amélioration de la qualité ?</p>	<p>Des professionnels sont désignés en tant que référents dans les domaines suivants : tutorat, hygiène, éthique, bientraitance, nutrition.</p> <p>Un référent qualité a été désigné et n'est pas formé aux méthodes d'amélioration de la qualité.</p>		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 ?	Absence de plan d'amélioration continue de la qualité.	E04	Art.L312-8 CASF
1.4.3.0	Gestion de la qualité	Principaux objectifs du contrôle : - 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 Principales catégories de risques possibles : Sécurité des personnes – Managérial			
1.4.3.1	Gestion de la qualité	Existe-t-il une politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance : - 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 Les numéros d'appel pour les victimes de maltraitance (3977, ALMA,...) sont-ils affichés ? Quelle est la participation du médecin coordonnateur ?	La politique de lutte contre la maltraitance est mentionnée dans le livret d'accueil. Il existe une procédure de signalement en cas d'agression : Il y a une procédure qui existe de déclarations auprès du directeur d'établissement. Une affiche est accrochée au sein de l'établissement. Il y a également un partenariat avec psyfrance qui intervient de manière individuelle et anonyme. Il existe un plan de soutien des personnels. Les numéros d'appel pour les victimes de maltraitance (3977, ALMA,...) sont affichés. Le médecin coordonnateur se rend disponible pour toute situation.		Art.L119-1 CASF Art.L311-3, 1° CASF Instruction DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007 HAS
1.4.3.2	Gestion de la qualité	Comment sont abordées les situations de violences ou harcèlements sexuels entre : - deux personnes accueillies - une personne accueillie et un membre du personnel - une personne accueillie et une personne extérieure à la structure - deux professionnels Le signalement des faits à effectuer auprès de l'autorité judiciaire est-il réalisé ?	Le signalement des faits est effectué le cas échéant auprès de l'autorité judiciaire.		Art. 40 du code de procédure pénale Art. 434-3 du code pénal Art.L 331-8-1 CASF Art. 226-14 du code pénal
1.4.3.3	Gestion de la qualité	Existe-t-il une procédure de signalement en cas d'agression ? Les cas de maltraitance identifiés au sein de la structure ont-ils été signalés aux autorités d'autorisation ? Les cas de maltraitance identifiés au sein de la structure ont-ils été signalés au Procureur de la République ? 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 ?	La procédure de signalement en cas d'agression suit les étapes suivantes : - l'identification des signes de maltraitance - la mise en place d'actions (remplir la fiche EI, l'enregistrer) - évaluer la criticité de la situation - analyser l'EI - définir le plan d'action et le mettre en place - analyser en CVS - communiquer En cas de maltraitance, l'établissement a indiqué que les faits sont signalés aux autorités compétentes. L'établissement n'a pas fait mention d'une situation relevant de cet article.		Art.L119-1 CASF Art.L.331-8-1 CASF Art.R331-8 CASF Art.434-3 CODE PENAL Art.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	Principaux objectifs du contrôle : - 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 Principales catégories de risques possibles : Sécurité des personnes – Juridique – Médiaque			
1.5.2.0	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Principaux objectifs du contrôle : - Apprécier l'organisation de la gestion des événements indésirables et du fonctionnement au sein de l'EHPAD Principales catégories de risques possibles : Juridique – Sécurité des personnes			
1.5.1.1	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Existe-t-il un système d'enregistrement permanent et de suivi des : - enquêtes de satisfaction, - réclamations - plaintes des résidents ? Les éléments signalés par les enquêtes de satisfaction, plaintes et réclamations font ils l'objet : - 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 ?	L'établissement possède un système d'enregistrement des réclamations et plaintes. Cet outil est fourni par le siège et fonctionne de manière dématérialisée.		
1.5.1.3	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Les professionnels de santé ayant constaté un événement indésirable peuvent-ils le déclarer selon une procédure existante et connue ? Les équipes se sont-elles appropriées la procédure ? Les professionnels sont-ils formés à la classification / identification des différents EI ? Quelles sont les modalités de signalement en interne, de recueil et d'enregistrement des troubles du comportement, des événements indésirables ?	Les professionnels de santé ayant constaté un événement indésirable peuvent le déclarer selon une procédure existante et connue. La culture de la déclaration de l'EIG n'est pas suffisamment développée et diffusée au sein des équipes. La procédure suivie est la suivante : Le salarié constatant un EI rempli une fiche de déclaration qu'il peut donner à un membre de la direction ou mettre de manière anonyme dans la boîte aux lettres de la direction. Une fois réceptionné l'événement indésirable fait l'objet d'une analyse et d'une déclaration auprès des tutelles si l'événement est caractérisé comme grave.	R03	Art.L313-24 CASF RBPP HAS, Art. L. 331-8-1 et R.331-8 à 10 CASF
1.5.1.5	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Quelles sont les modalités de suivi, analyses et RetEx des EI ? Des actions ou mesures préventives ou correctrices sont mises en œuvre ? Sont-elles incluses dans le Plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) ? Des retours sont-ils faits aux déclarants ?	L'établissement indique que les EI sont traités et analysés en équipe. Toutefois, les retours d'expérience découlant des EI ne sont pas systématiquement partagés et communiqués aux équipes. Absence de Plan d'amélioration continue de la qualité.	Cf R03	Art.L331-8-1 et R331-8 et -9 CASF et arrêté du 28 décembre 2016 Art.R.331-10 CASF Art.R1413-67 à 73 CSP Art.R 1413-79 CSP HAS,

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
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>L'établissement indique qu'un signalement des faits auprès des autorités administratives est réalisé à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'ARS - le CD - et le Procureur de la République <p>L'établissement indique qu'un retour d'expérience est fait lorsqu'il s'agit d'un EIG.</p>		<p>Art.L331-8-1, R331-8 et R331-9 CASF Art.R1413-67 à 70 CSP Art.L1413-14 et R1413-79 CSP</p>

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	<p>Principaux objectifs du contrôle :</p> <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 diplômes aux postes occupés - 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>Principales catégories de risques possibles : Juridique – Managérial – Social</p>			

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.1.1	Gestion des ressources humaines	<p>Quels sont les effectifs prévus/en poste ?</p> <p>Comment se répartissent-ils : - 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...), - ratios d'encadrement général et soignants (Charge en soins par IDE < 4300 ; Charge en dépendance par AS/AES < 3200)</p> <p>Capacité HP x PMP / total ETP IDE, si > 4300 cela traduit un manque</p> <p>Capacité HP x GMP / total ETP AS + AMP, si > 3200 cela traduit un manque)</p> <p>- Quel est le nombre de faisant-fonction d'AS ? Les effectifs sont-ils conformes aux dispositions du CPOM s'il existe ?</p>	<p>Les effectifs prévus/en poste sont :</p> <p>Le nombre des effectifs prévus le jour de l'inspection était de : - 1 IDE, - 1 AS renfort IDE, - 10 AS dont 6 faisant fonction - 4 ASH</p> <p>Le nombre des effectifs en poste le jour de l'inspection était de : - 1 IDE, - 1 AS renfort IDE, - 9 AS (jour et nuit), dont 6 faisant fonction - 4 ASH (jour et nuit)</p>	E05	Art.D312-155-0 du CASF Art.L.311-3 1° CASF Art.L311-3 3° Art.L311-8 CASF
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 nombre 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>Y a-t-il recours en proportion importante aux CDD ou en intérim ?</p>	Il n'y a pas de recours en proportion importante aux CDD ou en intérim.		Art.L. 1242-2 Art.L. 1242-1 et L. 1248 Art.D. 312-155-0 II11 du CASF Art.L311-3 CASF
2.1.1.3	Gestion des ressources humaines	<p>Quelle est la proportion de rotation du personnel et taux d'absentéisme ?</p>	<p>Le taux d'absentéisme est de [REDACTED]</p> <p>Le taux de rotation est de [REDACTED]</p>		Art.L.311-3 1° CASF Art.L311-3 3°
2.1.1.7	Gestion des ressources humaines	<p>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</p>	<p>Les dossiers administratifs du personnel ne sont pas complets. Il manque notamment dans une majorité des dossiers les fiches de postes signées par les deux parties.</p>	R04	Art.L133-6 CASF Art L. 1242-1 et L. 1248 du Code du travail (CDD) Art L451-1 CASF Art D451-88 et - 89 CASF Art L.4391-1 CSP et Art R. 4311-3 et -4 CSP

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.1.8	Gestion des ressources humaines	<p>Nombre et qualité des professionnels/prestataires externes ?</p> <p>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...)?</p>	<p>L'établissement bénéficie des prestations d'une coiffeuse</p> <p>4 kinésithérapeutes interviennent sur l'établissement, ainsi qu'un podologue, un psychiatre, un opticien mobile et deux équipes mobiles de gériatrie externes.</p> <p>L'inscription à l'ordre pour les professionnels de santé libéraux n'a pas été systématiquement vérifiée par l'établissement.</p>	E06	<p>Art. D312-157 CASF</p> <p>Art D312-155-0 II CASF</p> <p>Art L312-1 II 4°alinéa CASF Art L.4391-1 du CSP Art D451-88 et -89 CASF</p>
2.1.2.0	Gestion des ressources humaines	<p>Principaux objectifs du contrôle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vérifier l'existence d'un plan de formation et l'effectivité de sa mise en œuvre - S'assurer d'un accompagnement à la mobilité et à la promotion des agents - S'assurer de l'existence d'un accompagnement et d'un soutien des personnels <p>Principales catégories de risques possibles : 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?</p> <p>Formations externes + mini formations sur les thématiques et procédures de soins de l'EH PAD</p> <p>Les professionnels ont-ils accès à des formations externes ? A des formations diplômantes ?</p> <p>Quels sont les thèmes des formations (bienveillance, douleur, fin de vie, mesures barrières, gestes qui sauvent...)</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 formations externe est établi chaque année.</p> <p>Des formations en interne sont mises en place concernant la bientraitance/éthique, la douleur, le nursing, la nutrition, etc.</p> <p>La VAE et la formation sont proposées au personnel.</p> <p>Les thèmes de formation incluent la méthode Montessori, gestions des conflits.</p> <p>Les formations sont accessibles par tous les professionnels lors des transmissions hebdomadaires.</p> <p>L'IDEC et le Medco participent à la mise en œuvre de la politique de formation.</p> <p>La prévention de la maltraitance est un sujet abordé en équipe. La procédure de déclaration de maltraitance est connue du personnel.</p> <p>La mission n'a pas eu connaissance de formation sur les troubles du comportement ou sensoriels.</p>		<p>Art L313-12-3 CASF HAS, Art L119-1 CASF HAS,</p>
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>Les ASH en VAE ont-ils tous un tuteur ?</p>	<p>L'aide à la mobilité interne des agents est prise en compte dans le plan de formation via la possibilité de faire une VAE ou une formation E-Clore.</p> <p>La VAE est proposée au personnel lors des entretiens annuels et des grandes transmissions.</p> <p>Le salarié doit remplir un CV « exploratoire » afin d'expliquer son parcours, ses motivations. La cadre de</p>		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			santé valide le parcours si la demande de le salarié est cohérente avec son profil. Le salarié est positionné sur la formation E-clore et inscrit en formation VAE. 6 ASH sont intégrées dans le protocole VAE d'AS-AMP-AES. Les ASH en VAE ont tous un tuteur.		
2.1.2.5	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il un protocole d'accueil des nouveaux professionnels ? Les nouveaux arrivant sont ils accompagné d'un pair ? Existe-t-il des pratiques organisées de soutien aux professionnels (d'analyse des pratiques, tutorat, groupes de parole...) ?	Il existe un protocole d'accueil des nouveaux professionnels Les nouveaux arrivants sont accompagnés d'un pair lors de la première journée. Il existe des pratiques organisées de soutien aux professionnels (groupe d'analyse de pratiques).		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	Principaux objectifs du contrôle : - 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 Principales catégories de risques possibles : Sécurité des agents - Social			Art L4121-3, L41-3-1 & R 4121-1 & R4121-2 du Code du Travail
2.1.3.1	Gestion des ressources humaines	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 ? - au sein de l'équipe ? - à l'occasion de réunions d'équipe ? - à l'occasion des entretiens individuels annuels ? 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 ?	La mission n'a pas eu connaissance de temps informels hors temps de transmissions. Des formations sur différents sujets portent sur l'éthique et sont organisées par la référente éthique et bientraitance.		Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS (HAS - 08/03/2022)
2.1.4.0	Gestion des ressources humaines	Principaux objectifs du contrôle : - 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 Principales catégories de risques possibles : 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 réalisés et affichés 1 mois à l'avance. Pour faire face à la pénibilité du travail ou à des absences, l'IDEC met en place un mode de fonctionnement permettant la répartition de la charge de travail entre les unités. Un roulement des aides soignantes est prévu tous les mois pour faciliter la rotation au sein des unités les plus difficiles et prévenir l'épuisement professionnel.		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.4.5	Gestion des ressources humaines	<p>Comment est organisée la planification des professionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - horaires du personnel, - répartition sur la journée, - répartition sur la semaine, - temps de travail sur une période, - repos entre 2 postes ? <p>Quels sont les effectifs présents le jour du contrôle ?</p> <p>Sont-ils conformes aux plannings établis ?</p>	<p>Le personnel intervient sur des journées de</p> <p>Le personnel travaille quatre jours par semaine : du samedi au mardi pour la première semaine, du mercredi au vendredi pour la deuxième semaine.</p> <p>Le temps de travail correspond à un 35h lissé sur un cycle de deux semaines.</p> <p>Le nombre des effectifs en poste le jour de l'inspection était de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 IDE, - 1 AS renfort IDE, - 9 AS (jour et nuit), dont 6 faisant fonction - 4 ASH (jour et nuit) 		
2.1.4.10	Gestion des ressources humaines	Quelles sont leurs qualifications, expériences et formations du personnel intervenant la nuit ou week-end ?	Le personnel intervenant de nuit se compose de trois aide-soignants (dont deux faisant fonction).		
2.1.4.2	Gestion des ressources humaines	<p>Admin = utile pour questionnaires IDE, AS, AMP. Les personnels disposent-ils de fiches de poste adaptées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Description des fonctions, - conduites à tenir, - marge d'initiative et limites en cas d'évènement inattendu, - possibilité de recours auprès des cadres de permanence ou d'astreinte... ? 	<p>Les personnels disposent de fiches de poste adaptées.</p> <p>Il y a possibilité de recours auprès des cadres de permanence ou d'astreinte en cas d'évènement inattendu.</p>		
2.1.4.4	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il des glissements de tâches entre les catégories de personnels ?	<p>Face à leurs difficultés de recrutement d'IDE, il y a deux IDE sur l'établissement au lieu de quatre (une IDE par équipe). Un aide-soignant diplômé est faisant fonction « aide-infirmier ». Il aide à la préparation des médicaments et à leur distribution.</p> <p>Il y a 6 ASH qui font fonction d'AS.</p>	Cf E04	Art L451-1 du CASF Art L.4391-1 du CSP Art D451-88 et -89 CASF Art R4311-1 CSP Art D312-155, 2° CASF Art L311-3, 1° CASF
2.1.4.7	Gestion des ressources humaines	<p>Comment la structure fait-elle face aux absences prévues et inopinées ?</p> <p>Existe-t-il une procédure pour organiser des remplacements ?</p>	<p>Quatre ASH (agent de service hospitalier d'intervention) sont employées sur l'établissement.</p> <p>Deux personnes par équipe occupent un poste d'ASHI, permettant de remplacer les personnes absentes pour de courtes durées.</p> <p>Il n'existe pas de procédure pour organiser des remplacements.</p>	R05	

LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

Les personnes rencontrées par la mission se répartissent ainsi :

Nombre	Fonction	Type de contrat
1	Adjointe de direction	CDD
1	DE délégué	CDI
1	Secrétaire	CDI
1	IDE	CDI
1	IDEC	CDI
2	ASF	CDI
1	ASHI	CDI
1	ASH	CDD

Récapitulatif des écarts et des remarques

Écarts

Numéro	Nature de l'écart	Textes de référence	Item(s) du rapport	Numéros de page(s)
E01	Absence de l'intégralité des mentions obligatoires dans le règlement de fonctionnement	Art.R.311-35, R.311-36, R.311-37	1.2.1.2	10
E02	Absence de projet d'établissement actualisé	Art.L311-8 du CASF Art.D312-160 CASF Art.R314-88 1° du CASF	1.2.1.4	10
E03	Absence de transmission du diplôme	Art.D312-157 CASF	1.2.2.15	13
E04	Absence de plan d'amélioration continue de la qualité	Art.L312-8 CASF	1.4.1.7	16
E05	Absence des qualifications requises pour six faisant fonction d'AS	Art.D312-155-0 du CASF Art.L.311-3 1° CASF Art.L311-3 3° Art.L311-8 CASF	2.1.1.1	19
E06	Absence de vérification par l'établissement de l'inscription à l'ordre des professionnels de santé libéraux	Art. D312-157 CASF Art D312-155-0 II CASF Art L312-1 II 4°alinéa CASF Art L.4391-1 du CSP Art D451-88 et -89 CASF	2.1.1.8	20

Remarques

Numéro	Nature de la remarque	Référence éventuelle	Item(s) du rapport	Numéros de page(s)
R01	Absence de fiche de poste du directeur		1.2.2.6	12
R02	Incomplétude de l'affichage		1.2.3.5	14
R03	Insuffisance de la culture de la déclaration d'EIG et du retour d'expérience au sein des équipes		1.5.1.3	17
R04	Absence de structuration et incomplétude des dossiers administratifs des personnels (fiches de postes non signées)		2.1.1.7	19
R05	Absence de procédure pour organiser les remplacements		2.1.4.7	22

Conclusion

L'inspection de l'EHPAD Résidence le Manoir à Bray-et-Lu a été réalisée en visite inopinée, sur site le lundi 13 novembre 2023. Elle a mis en évidence une situation contrastée au sein de l'établissement.

Le fonctionnement de l'établissement, le niveau général des prestations proposées aux résidents sont apparus à la mission globalement satisfaisante. Un effort de rigueur dans la gouvernance a été initié par la direction nouvellement mise en place et doit être maintenu sur le long terme.

En effet, des fragilités ont été repérées. Il convient de noter le nombre particulièrement élevé de personnels ne possédant pas les qualifications requises par la réglementation, l'absence d'actualisation du projet d'établissement et le caractère incomplet du règlement de fonctionnement. Ces éléments ne facilitent pas la mobilisation des personnels autour d'objectifs clairement identifiés.

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

Cergy-Pontoise, le 12 FEV. 2024

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

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
EI/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 30 OCT. 2023

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

L'EHPAD dénommé « Le Manoir » et situé à Bray-et-Lû (FINESS n° 950807263) a été inscrit dans la programmation 2023 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

-
-
-
L'inspection aura lieu sur site à compter du 13 novembre 2023 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'agréer, Mesdames, 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



LA POSTE
**AVIS DE PASSAGE
DU FACTEUR
LETTRE RECOMMANDÉE
AVEC AR**

Contre-remboursement

CE FEUILLET EST À DÉTACHER SEUL SELON LES POINTILLES
La Poste - SA au capital de 5 384 851 364 euros - 356 000 000 RCS Paris
Siège social : 9 RUE DU COLONEL PIERRE AVIA - 75015 PARIS



NIVEAU DE GARANTIE 2C 184 569 9994 6 R2 R3

DESTINATAIRE LETTRE

COMPLÉTER PAR LE FACTEUR
présenté / Avisé le :

reporter sur le feuillet suivant
vous pouvez retirer cette
lettre recommandée dans
votre bureau de poste,
ou une pièce d'identité
du présent avis à partir du

heures, et avant
expiration du délai de garde.

motif de non-distribution :
présent(e) ☐
autre

beneficiez du service
gratuit Nouvelle Livraison
voir conditions au verso

Bureau de poste :

Adresse :

RECOMMANDÉ AR

SAS Colisée international

68 rue Pierre Charron
75008 PARIS

2C 184 569 9994 6



LA POSTE
**PREUVE
DE DISTRIBUTION
ENVOI D'UNE LETTRE RECOMMANDÉE
AVEC AR**

Contre-remboursement

À REPORTER SUR LE DERNIER FEUILLET

Présenté / Avisé le :

Distribué le :

Signature du destinataire

ou
du mandataire
(précisez Prénom et NOM)

La Poste agrément n° C 701
IB1 V15 TLM J3N 063 379 06/22

EXPÉDITEUR DESTINATAIRE

2C 184 569 9994 6



NIVEAU DE GARANTIE R1 R2 R3

LETTRE
X
X

SAS Colisée international
68 rue Pierre Charron
75008 PARIS

A.R.S Délégation Départementale du 95
DIRECTION
2 AVENUE DE LA PALETTE
CS 20312
95011 CERGY PONTOISE CEDEX

MODE DE PLIAGE ET DE COLLAGE

INDIQUÉ AU VERSO



LA POSTE
**AVIS DE
RÉCEPTION
DE VOTRE LETTRE
RECOMMANDÉE**

Contre-remboursement

À COMPLÉTER PAR LE FACTEUR ET À REPORTER
SUR LA PREUVE DE DISTRIBUTION

Présenté / Avisé le :

Distribué le :

Signature du destinataire

ou du mandataire
(précisez Prénom et NOM)

Directeur de projet
FL

Référence

La Poste agrément n° C 701
IB1 V15 TLM J3N 063 379 06/22

RETOUR À :

SAS Colisée international
68 rue Pierre Charron
75008 PARIS

A.R.S Délégation Départementale du 95
DIRECTION
2 AVENUE DE LA PALETTE
CS 20312
95011 CERGY PONTOISE CEDEX

CE FEUILLET ET LA PREUVE DE DISTRIBUTION SONT À DÉTACHER ENSEMBLE À PARTIR DU HAUT SELON LES POINTILLES.

CHOISISSEZ LA SOLUTION QUI VOUS CONVIENT LE MIEUX

Faites votre choix⁽¹⁾ aujourd'hui avant minuit sur www.laposte.fr/modification-livraison pour :

- Une nouvelle livraison à votre domicile à **LA DATE DE VOTRE CHOIX** sur une période de 6 jours ouvrés,

OU

- Un retrait dès demain dans **LE BUREAU DE POSTE DE VOTRE CHOIX** parmi une liste de bureaux à proximité de votre domicile. Munissez-vous d'une pièce d'identité et du présent avis.

⁽¹⁾ Le numéro de lettre indiqué sur l'avis de passage vous sera demandé.

SANS CHOIX DE VOTRE PART votre lettre sera disponible dès demain dans votre bureau de poste habituel et conservée pendant 15 jours consécutifs.

Une personne de votre choix peut retirer votre lettre.

Confiez-lui cet avis complété ainsi que votre pièce d'identité.

Elle devra les présenter au facteur ou au guichetier avec sa propre pièce d'identité.

Je soussigné(e) :

autorise :

à retirer ma lettre.

Le :/...../.....

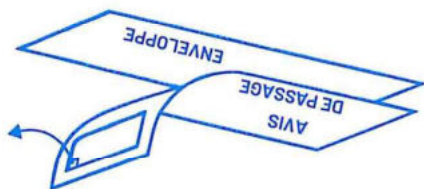
Signature :

Découvrez les avantages de la procuration permanente sur www.laposte.fr/procuration

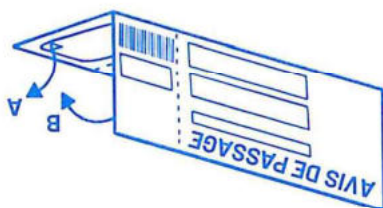
À SAVOIR

Vous êtes à votre domicile demain et souhaitez un nouveau passage du facteur ?
Appelez le 3631, avant 19h en semaine et 12h le samedi (numéro non surtaxé).

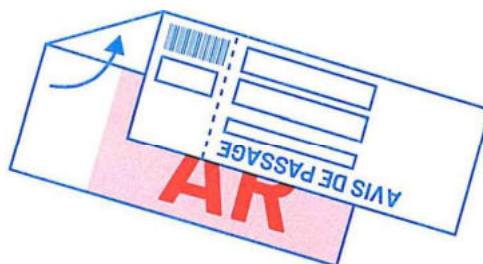
③ Enlever le protecteur de la partie adhésive, puis apposer le document au recto de l'enveloppe, à droite au niveau de l'adresse. Presser pour coller. Affranchir sur le document si l'enveloppe est au format commercial ; sinon affranchir sur l'enveloppe. Déduire 7 grammes du poids total.



② Enlever le protecteur de la partie adhésive A, puis replier l'avis de passage B. Presser pour coller.



① Plier le document tel qu'indiqué ci-contre selon les perforations horizontales puis rabattre selon la flèche.



MODE DE PLIAGE ET DE COLLAGE

La Poste - SA au capital de 5 364 851 364 euros - 356 000 000 RCS Paris
Siège social : 9 RUE DU COLONEL PIERRE AVIA - 75015 PARIS

* * * Rappel * * *

Principaux motifs de refus de La Poste pour la prise en charge d'un pli recommandé :

- Absence de preuve de dépôt (ou de descriptif de plis)
- Support recommandé non collé sur une enveloppe
- Utilisation d'un support inadapté au type du recommandé national ou international
- Absence de code à barres

AR

La Poste - SA au capital de 5 364 851 364 euros - 356 000 000 RCS Paris
Siège social : 9 RUE DU COLONEL PIERRE AVIA - 75015 PARIS

ECOLOGIC
Priorité neutralité carbone
laposte.fr/neutralitecarbone



LA POSTE

AVIS DE PASSAGE
DU FACTEUR
LETTRE RECOMMANDÉE

AVEC AR

Contre-remboursement

CE FEUILLET EST À DÉTACHER SEUL SELON LES POINTILLÉS

La Poste - SA au capital de 5 384 851 364 euros - 356 000 000 RCS Paris
Siège social : 9 RUE DU COLONEL PIERRE AVIA - 75015 PARIS



2C 184 569 9995 3

R2

R3

DESTINATAIRE

LETTRE

RECOMMANDÉ

AR

COMPLÉTER PAR LE FACTEUR
Présenté / Avisé le :

X

X

À reporter sur le feuillet suivant
Vous pouvez retirer cette
lettre recommandée dans
notre bureau de poste,
mun(e) d'une pièce d'identité
et du présent avis à partir du

EHPAD Résidence le Manoir
Directeur
2 Route de Vernon
95170 BRAY ET LU

EHPAD Résidence le Manoir
Directeur
2 Route de Vernon
95170 BRAY ET LU

heures, et avant
expiration du délai de garde.

Bureau de poste :



lotif de non-distribution :
bsent(e) ☐
utre

Adresse :

Bénéficiez du service
gratuit Nouvelle Livraison
Voir conditions au verso

IB1 V15 TLM J3N 063 379 06/22

La Poste agrément n° C 701

2C 184 569 9995 3



PREUVE
DE DISTRIBUTION
ENVOI D'UNE LETTRE RECOMMANDÉE

AVEC AR

Contre-remboursement

2C 184 569 9995 3



NIVEAU DE GARANTIE

R1

R2

R3

LETTRE

X

X

À REPORTER SUR LE DERNIER FEUILLET

Présenté / Avisé le :

Distribué le :

Signature du destinataire

ou
du mandataire
(précisez Prénom et NOM)

DESTINATAIRE
EXPÉDITEUR

EHPAD Résidence le Manoir
Directeur
2 Route de Vernon
95170 BRAY ET LU

A.R.S Délégation Départementale du 95
DIRECTION
2 AVENUE DE LA PALETTE
CS 20312
95011 CERGY PONTOISE CEDEX

La Poste agrément n° C 701
IB1 V15 TLM J3N 063 379 06/22

MODE DE PLIAGE ET DE COLLAGE



AVIS DE
RÉCEPTION
DE VOTRE LETTRE
RECOMMANDÉE

Contre-remboursement

2C 184 569 9995 3



TAD

INDIQUÉ AU VERSO

À COMPLÉTER PAR LE FACTEUR ET À REPORTER
SUR LA PREUVE DE DISTRIBUTION

Présenté / Avisé le :

Distribué le :

Signature du destinataire

ou du mandataire
(précisez Prénom et NOM)

Directeur de projet
FL

RETOUR À :

EHPAD Résidence le Manoir
Directeur
2 Route de Vernon
95170 BRAY ET LU

A.R.S Délégation Départementale du 95
DIRECTION
2 AVENUE DE LA PALETTE
CS 20312
95011 CERGY PONTOISE CEDEX

La Poste agrément n° C 701
IB1 V15 TLM J3N 063 379 06/22

CE FEUILLET ET LA PREUVE DE DISTRIBUTION SONT À DÉTACHER ENSEMBLE À PARTIR DU HAUT SELON LES POINTILLÉS.

CHOISISSEZ LA SOLUTION QUI VOUS CONVIENT LE MIEUX

Faites votre choix⁽¹⁾ aujourd'hui avant minuit sur www.laposte.fr/modification-livraison pour :

- Une nouvelle livraison à votre domicile à **LA DATE DE VOTRE CHOIX** sur une période de 6 jours ouvrés,
- OU**
- Un retrait dès demain dans **LE BUREAU DE POSTE DE VOTRE CHOIX** parmi une liste de bureaux à proximité de votre domicile. Munissez-vous d'une pièce d'identité et du présent avis.

⁽¹⁾ Le numéro de lettre indiqué sur l'avis de passage vous sera demandé.

SANS CHOIX DE VOTRE PART votre lettre sera disponible dès demain dans votre bureau de poste habituel et conservée pendant 15 jours consécutifs.

Une personne de votre choix peut retirer votre lettre.

Confiez-lui cet avis complété ainsi que votre pièce d'identité. Elle devra les présenter au facteur ou au guichetier avec sa propre pièce d'identité.

Je soussigné(e) :
autorise :
à retirer ma lettre.

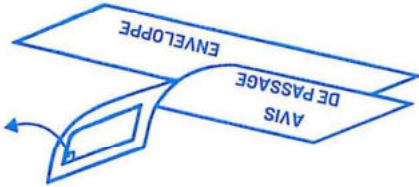
Le :/...../..... Signature :

Découvrez les avantages de la procuration permanente sur www.laposte.fr/procuration

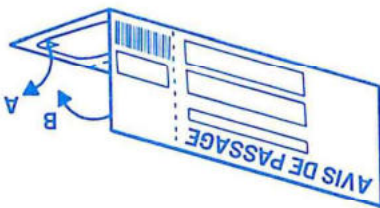
À SAVOIR

Vous êtes à votre domicile demain et souhaitez un nouveau passage du facteur ? Appelez le 3631, avant 19h en semaine et 12h le samedi (numéro non surtaxé).

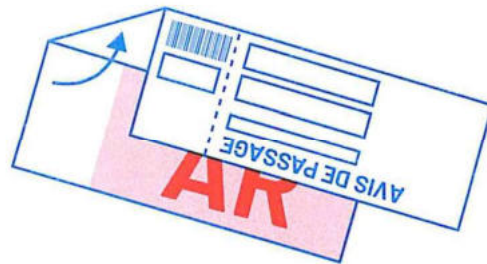
3 Enlever le protecteur de la partie adhésive, puis apposer le document au recto de l'enveloppe, à droite au niveau de l'adresse. Presser pour coller. Affranchir sur le document si l'enveloppe est au format commercial ; sinon affranchir sur l'enveloppe. Déduire 7 grammes du poids total.



2 Enlever le protecteur de la partie adhésive A, puis replier l'avis de passage B. Presser pour coller.



1 Plier le document tel qu'indiqué ci-contre selon les perforations horizontales puis rabattre selon la flèche.



MODE DE PLIAGE ET DE COLLAGE

La Poste - SA au capital de 5 364 851 364 euros - 356 000 000 RCS Paris
Siège social : 9 RUE DU COLONEL PIERRE AVIA - 75015 PARIS

AR

ECOLOGIC
Priorité neutralité carbon
laposte.fr/neutralitecarbon

La Poste - SA au capital de 5 364 851 364 euros - 356 000 000 RCS Paris
Siège social : 9 RUE DU COLONEL PIERRE AVIA - 75015 PARIS

*** Rappel ***
Principaux motifs de refus de La Poste pour la prise en charge d'un pli recommandé :

- Absence de preuve de dépôt (ou de descriptif de plis)
- Support recommandé non collé sur une enveloppe
- Utilisation d'un support inadapté au type du recommandé national ou international
- Absence de code à barres