

## Annexe 1

### Fiche de recensement des missions d'inspection

à retourner à [ars-alsace-usagers@ars.sante.fr](mailto:ars-alsace-usagers@ars.sante.fr)

ARS /Conseil général :

Direction :

Personne contact :

Date :

Remplir une fiche pour chaque mission d'inspection

\* rubriques qui doivent être complétées dès la phase de recensement

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>1. Libellé de la mission* :</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <p><b>2. Raisons du choix de la mission</b> (plusieurs choix possibles dans la liste ci-dessous)* :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; obligation réglementaire (préciser le fondement juridique)</li> <li>&gt; existence d'un programme national</li> <li>&gt; action régionale liée à une catégorie d'établissement</li> <li>&gt; suite à plaintes (à préciser)</li> <li>&gt; suite à un signalement d'évènement indésirable grave (à préciser)</li> <li>&gt; contexte particulier d'une structure (à préciser)</li> <li>&gt; autre, précisez</li> </ul> |
| <p><b>3. Objectifs de la mission*:</b> (à expliciter de façon précise sauf s'il s'agit d'un programme national ou d'une inspection/ contrôle réglementaire)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <p><b>4. Degré de priorité de la mission* :</b> justifier le caractère prioritaire (établissement non inspecté depuis plusieurs années, connaissance de dysfonctionnements, réclamations ou signalements récurrents, etc...)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Majeur</li> <li>&gt; Fort</li> <li>&gt; Moyen</li> <li>&gt; Faible</li> </ul>                                                                                                                                                                                                              |
| <p><b>5. En cas de pluralité de structures concernées par la mission, indiquer la liste des structures retenues et les raisons du choix opéré * :</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>6. Modalités de la mission pour le secteur médico-social</b><br/>Préciser la modalité de la mission proposée parmi les modalités suivantes et expliciter le choix:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- contrôle restreint en EHPAD</li> <li>- Contrôle de Niveau 1</li> <li>- Contrôle approfondi (contrôle niveau 1+d'autres problématiques ciblées)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <p><b>7. Conditions de réalisation de la mission</b> (expliquer la proposition faite) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contrôle inopiné</li> <li>- Contrôle annoncé à la structure</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <p><b>8. Composition de l'équipe</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Fonctionnelle (hors orientations de contrôle nationales) *</b> (Préciser la composition fonctionnelle souhaitable au vu de l'objet de la mission (médecin, pharmacien, cadre administratif, ...))</li> <li>➤ <b>Nominative</b> (Indiquer les personnels proposés pour participer à cette mission)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <p><b>9. Agent proposé pour assurer la coordination de la mission</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <p><b>10. Estimation du temps de travail prévisionnel en jours / agent*</b> (sauf pour les missions relevant d'un programme national)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; pour la préparation :</li> <li>&gt; pour l'inspection sur site :</li> <li>&gt; pour la rédaction du rapport:</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <p><b>11. Outils nécessaires*</b> (indiquer si des outils sont déjà existants ou si des outils sont à développer)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <p><b>12. Eléments d'information</b> (mettre les éléments d'information pour chaque structure concernée)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Date de la dernière inspection relative à cette structure et date du rapport :</li> <li>○ Date de la dernière convention tripartite conclue et préciser si un renouvellement de la CT est prévu en 2013 :</li> <li>○ Date de la dernière ou prochaine visite de conformité :</li> <li>○ Existence d'un avis défavorable de la Commission de sécurité (si oui, date de la commission) :</li> <li>○ Opération de restructuration prévue en 2013 ou en cours (si oui, à préciser) :</li> <li>○ Période envisagée pour l'évaluation externe ou la certification :</li> </ul> |