

Délégation départementale de Seine-et-Marne

Politique de l'Offre de Soins et de l'Autonomie

Département Autonomie

Responsable de l'Autonomie :
Aurore SANSON

Affaire suivie par :

Courriel :

Tél :

Monsieur [REDACTED]
Président de l'association

Lieusaint, le 11 avril 2025

Lettre recommandée avec AR
N°

Monsieur le Président,

Dans le cadre du Plan national d'inspection et de contrôle des EHPAD, un contrôle sur pièces de l'EHPAD Les Glycines (n° FINESS 770003390) situé au 9 rue de Chelles 77420 CHAMPS-SUR-MARNE, a été réalisé le 20 septembre 2024 par la délégation départementale de l'Agence régionale de santé de Seine-et-Marne (DDARS 77).

Dans le cadre de la procédure contradictoire, en application des articles L. 121-1 et L. 122-1 du code des relations entre le public et l'administration, je vous ai adressé le 14 octobre 2024 le rapport que nous a remis la mission d'inspection, ainsi que l'injonction, les 9 prescriptions et la recommandation que j'envisageais de vous notifier.

Vous m'avez transmis le 24 octobre 2024 des éléments de réponse détaillés, ce dont je vous remercie.

Je note que des corrections ont été apportées concernant les mesures suivantes :

- La conformité du plan bleu de l'établissement ;
- La conformité de la procédure d'organisation de la permanence de direction.

Cependant, au regard de l'ensemble des éléments de réponse apportés, des actions correctrices restent nécessaires.

Aussi, je vous notifie à titre définitif 9 prescriptions et 1 recommandation maintenues en **annexe** du présent courrier et portant sur les points suivants :

GOVERNANCE :

Management et Stratégie :

- **P1** : transmettre le règlement de fonctionnement mis à jour ainsi que la preuve de sa présentation en CVS ;
- **P2** : transmettre le projet d'établissement mis à jour ainsi que la preuve de sa présentation en CVS ;
- **P4** : transmettre la preuve de continuité de la direction en l'absence du directeur, le calendrier des astreintes, les subdélégations de signature
- **P5** : transmettre les preuves de recherche d'un MedCo à hauteur des [REDACTED] ETP manquant.

Animation et fonctionnement des instances :

- **P6** : transmettre le bilan des élections, la composition mise à jour, les comptes rendus de CVS ainsi que les mesures correctrices associées aux EI.

FONCTIONS SUPPORT :**Sécurité des personnes :**

- **P10** : poursuivre les analyses du temps de réponse aux appels malades, fournir la preuve de tenue de réunion de bonnes pratiques et la procédure formalisée de bonnes pratiques.

Gestion des ressources humaines :

- **P7** : fournir les diplômes manquants ainsi que le plan de qualification et l'attestation d'inscription des agents en cours de qualification et transmettre la preuve de recherche de personnel AS/AES et AMP qualifié ;
- **R1** : transmettre la procédure d'accueil des nouveaux arrivants mise à jour.

PRISES EN CHARGE :**Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie :**

- **P8** : transmettre les procédures d'admission et de préadmission mises à jour ;
- **P9** : transmettre les contrats signés des médecins traitants.

J'appelle votre attention sur la nécessité de transmettre à la délégation départementale de l'ARS de Seine-et-Marne via l'outil de dépôt partagé, [REDACTED], les éléments de preuve documentaire permettant le suivi des mesures correctives et la levée des injonctions.

Je vous rappelle que le constat de l'absence de mise en œuvre de chacune des mesures correctives dans les délais fixés et de persistance des risques ou manquements mis en cause, peut donner lieu, en application des dispositions des articles L.313-14 et 16 ainsi que R.313-25-1 à 3 du code de l'action sociale et des familles (CASF) à une astreinte journalière, à l'interdiction de gérer toute nouvelle autorisation prévue par le CASF, à l'application d'une sanction financière, à la mise sous administration provisoire ou à la suspension ou la cessation, totale ou partielle, de l'activité de l'établissement.

Un recours contentieux peut être formé devant le tribunal administratif dans les deux mois suivant la réception de la présente notification. Le tribunal administratif peut être saisi par l'application Télérecours citoyens accessible par le site <https://citoyens.telerecours.fr>

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma considération distinguée.

Pour le Directeur général
de l'Agence régionale de santé
d'Île-de-France
et par délégation,
La directrice départementale
de Seine-et-Marne,

Hélène MARIE

Copie à :
Madame [REDACTED]
Directrice
EHPAD Les Glycines
9 rue de Chelles
77420 CHAMPS-SUR-MARNE

Annexe : Mesures définitives dans le cadre du contrôle réalisé le 20/09/2024 au sein de l'EHPAD « Les Glycines » (n° FINESS 770003390)

Référence de la mesure	Type de mesures	Réf. Rapport / N°IGAS	Thème IGAS	Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision	Délai de mise en œuvre
I1	Injonction	2.5.4.3	Fonctions support	Sécurité des personnes	<p>Les délais de réponse aux appels malades sont excessivement longs</p> <p>La direction doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réaliser une analyse régulière du temps de décroché, - Organiser une réunion des professionnels. <p>Formaliser une procédure de bonnes pratiques afin de réduire les temps de décrochés.</p>	<p>L313-4 CASF (docs sur droits du résident)</p> <p>L311-3 CASF 1° (sécurité du résident)</p> <p>Art. D312-155-0, I, 2° : Les EHPAD "...proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés... et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée".</p>	<p>Une sensibilisation journalière lors des transmissions est effectuée auprès des soignants par l'IDEC.</p> <p>Une note de service est affichée pour sensibiliser le personnel.</p> <p>Une analyse des appels malades a été réalisé en CODIR.</p> <p>Il a été rédigé un protocole concernant certains résidents qui même en présence de soignant, persistent à appuyer sur le BIP.</p>	<p>La mission d'inspection prend acte des différents documents transmis (procédure en cas d'utilisation intempestive de l'appel malade, enquête de satisfaction et feuille d'émargement des réunions d'équipe du 4 et du 10 septembre 2024).</p> <p>Cependant, cela ne répond que partiellement à l'injonction. La procédure transmise ne permet ni de cadrer la réactivité de réponse aux appels malades, ni de formaliser l'amélioration des bonnes pratiques. Les réunions d'équipe étant antérieures à l'inspection, il est nécessaire de maintenir ces réunions de bonnes pratiques et d'en fournir la preuve.</p> <p>La direction doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réaliser une analyse régulière du temps de décroché et fournir la preuve d'amélioration grâce à des extractions (M et M-1) ; - Organiser des réunions de professionnels, fournir les listes d'émargement ainsi que les comptes rendus de réunions ; - Formaliser une procédure de bonnes pratiques afin de réduire les temps de décrochés. <p>Injonction requalifiée en prescription (P10)</p>	1 mois

Référence de la mesure	Type de mesures	Réf. Rapport / N°IGAS	Thème IGAS	Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision	Délai de mise en œuvre
P1	Prescription	1.2.1.2	Gouvernance	Management et stratégie	Le règlement de fonctionnement ne présente pas de date de mise en place ni de mise à jour ni n'a été présenté au CVS. La direction doit mettre à jour le règlement de fonctionnement conformément aux attendus réglementaires.	L311-7 CASF (règlement de fonctionnement, consultation CVS) R311-35, R311-36, R311-37 du CASF (contenu RF)	Le règlement de fonctionnement a été modifié dès l'installation du CVS (CR en date Du 05/06/2023), approuvé lors de la réunion du 10/10/2023 et diffusé après la réunion du 08/02/2024. Il sera présenté lors du prochain CVS une clause concernant les temps de transmission, évaluation des pratiques professionnelles, et les mesures à prendre en cas d'urgence ou situation exceptionnelle.	Malgré la transmission du règlement de fonctionnement et de son avenant, le règlement de fonctionnement demeure incomplet. La direction de l'EHPAD doit transmettre le règlement de fonctionnement mis à jour avec : - Les mesures détaillées, à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles ; - Les modalités de rétablissement des prestations dispensées lorsqu'elles ont été interrompues ; - Les affections, la dépendance, Alzheimer. La direction de l'établissement doit fournir la preuve de la présentation au CVS du règlement de fonctionnement mis à jour avec les éléments cités. Prescription maintenue	3 mois
P2	Prescription	1.2.1.5	Gouvernance	Management et stratégie	En ne disposant pas de projet d'établissement, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF. La direction doit finaliser et valider le projet d'établissement et de soins pour la période 2022-2027 puis le transmettre au CD et à l'ARS.	L311-8 du CASF (contenu PE/PE tous les 5 ans), L315-17 (directeur d'un EHPAD public) et D312-176-5 CASF (privé) D311-38 du CASF (projet général de soins pour l'application du PE : volet relatif aux soins palliatifs) R314-88, I, 1° du CASF (prestation du siège social pouvant être autorisée dans les frais de siège : participation du siège à l'élaboration/l'actualisation du PE) D312-158, 1° du CASF (MEDCO élabore projet général de soins s'intégrant dans PE) D312-160 CASF (plan en cas de crise sanitaire ou climatique) RBPP "Elaboration, rédaction et animation d'un PE en ESMS" Anesm-HAS	Le projet d'établissement est en cours d'élaboration. 4 thématiques ont été retenues et les groupes de travail se sont réunis deux fois. Une dernière réunion est prévue en novembre. Le PE vous sera adressé au T1 2025 après rédaction et consultation du CVS	La mission d'inspection prend acte des thématiques et des groupes de travail retenues pour l'élaboration du projet d'établissement. La direction de l'établissement doit : - Finaliser et transmettre le projet d'établissement ; - Transmettre la preuve de présentation au CVS du projet d'établissement. Prescription maintenue	3 mois

Référence de la mesure	Type de mesures	Réf. Rapport / N°IGAS	Thème IGAS	Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision	Délai de mise en œuvre
P3	Prescription	1.2.1.6	Gouvernance	Management et stratégie	Le plan bleu n'est pas conforme, il ne comporte pas les thématiques réglementaires attendues. L'établissement doit actualiser et compléter les procédures du plan de crise sanitaire ou climatique.	L.311-3 du CASF (sécurité des prises en charge) D312-160 CASF (plan en cas de crise sanitaire ou climatique) D312-155-4-1 (PE, partie en cas de crise sanitaire ou climatique) Arrêté du 7 juillet 2005, modifié par l'arrêté du 8 août 2005, fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique.	Procédure du plan canicule existe ;	La mission d'inspection accuse réception et déclare conforme le plan bleu de l'établissement. Prescription levée	(Sans objet)
P4	Prescription	1.2.2.8 1.2.2.10	Gouvernance	Management et stratégie	Les subdélégations de signatures et la procédure d'astreintes ne sont pas en place. En l'absence de la directrice, la continuité de la direction de l'établissement n'est donc pas assurée. La direction et l'organisme gestionnaire doivent fournir la preuve de la continuité de la direction en l'absence du directeur.	D312-176-5 CASF (document unique de délégation du directeur - EHPAD privé - adressé au CVS et autorités compétentes) R314-88 CASF (prestations incluses dans les frais de siège-DUD) D315-68 CASF (contenu délégation, EHPAD public) D315-70 CASF (transmission et publication des délégations) D315-71 CASF (délégation de signature pdt du CA-> directeur) Convention relative aux établissements médico-sociaux de l'union intersyndicale des secteurs sanitaires et sociaux (Avenant du 16 mars 2012 relatif à la mise à jour de la convention) - Titre XXIV Dispositions spécifiques aux cadres (Articles 87 à 92 bis)	En l'absence de la Directrice, l'IDEC assure la continuité de service. Les numéros de téléphone sont affichés dans toute les procédures d'urgence de l'établissement	La mission d'inspection prend acte de la réponse de l'établissement et de la procédure de permanence de direction. Cependant, la procédure est incomplète et non datée. La direction n'a pas fourni de calendrier d'astreintes mobilisant les différents membres assurant la permanence de direction. De plus aucun document de subdélégation de signature n'a été fourni. La direction et l'organisme gestionnaire doivent formaliser : - La preuve de la continuité de la direction en l'absence du directeur ; - Le calendrier des astreintes ; - Les subdélégations de signatures. Prescription maintenue	1 mois

Référence de la mesure	Type de mesures	Réf. Rapport / N°IGAS	Thème IGAS	Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision	Délai de mise en œuvre
P5	Prescription	1.2.2.14	Gouvernance	Management et stratégie	<p>Le contrat de travail du MedCo n'a pas été adressé alors qu'il fait partie des pièces demandées. La quotité d'ETP de MedCo constatée sur les bulletins de salaire correspond [REDACTED] ce qui contrevient à l'article D312-156 du CASF. Compte tenu de la capacité autorisée à 46 places la quotité d'ETP attendue est de 0,4 ETP.</p> <p>La quotité de médecin prescripteur [REDACTED] ne peut être considérée comme faisant partie des missions de coordination du MedCo définies à l'article Article D312-158 du CASF.</p> <p>La direction doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en conformité le temps de présence du MedCo ; - Fournir les contrats de MedCo et de médecin prescripteur ainsi que leurs avenants. 	D312-156 du CASF (ETP MEDCO)	<p>Le MEDCO dispose de deux contrats : CT pour la coordination et CT pour les missions de médecin prescripteur.</p> <p>Le médecin a refusé l'augmentation du temps de travail en raison d'autres engagements professionnels.</p>	<p>La mission d'inspection prend acte des contrats de travail transmis pour la coordination et les missions de médecin prescripteur.</p> <p>Suite au refus d'augmentation du temps de travail du médecin, la direction de l'établissement doit rechercher un MedCo pour effectuer les ETP restants.</p> <p>La direction de l'EHPAD doit fournir les preuves de recherche d'un MedCo pour [REDACTED] ETP.</p> <p>Prescription maintenue</p>	3 mois

Référence de la mesure	Type de mesures	Réf. Rapport / N°IGAS	Thème IGAS	Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision	Délai de mise en œuvre
P6	Prescription	1.3.3.1 1.3.3.2	Gouvernance	Animation et fonctionnement des instances	La composition du CVS n'est pas conforme à l'article D311-9 du CASF. Parmi les comptes rendus du CVS fournis, seul le CR de mai 2024 évoque les EI, dysfonctionnement et mesures correctives. Le rapport annuel d'activité du CVS pour l'année 2023 n'a pas été fourni. Le bilan des EI ne peut être constaté par la mission d'inspection. En ne présentant pas de bilan des événements indésirables au Conseil de la vie sociale, la direction de l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article R331-10 du CASF. La direction doit fournir les CR du CVS et le rapport annuel d'activité pour l'année 2024 faisant état de la nouvelle composition et dressant le bilan des événements indésirables graves.	R311-4 à D311-20 CASF R331-10 CASF	Les membres du CVS ayant été élus le 30/05. Il n'y pas eu de bilan d'activité de fait car il n'y a eu que deux réunions. Un bilan est prévu à la fin de l'année 2024. Il sera également évoqué celui de 2023 Il a été fait un point au CR du 08/10 sur les EI, les familles n'utilisent pas le formulaire. Ce dernier a été déposé à l'accueil. L'équipe médico-sociale participe à toutes les réunions (MEDCO, IDE) Afin de se mettre en conformité, nous allons organiser des élections partielles pour inviter le collège des représentants des résidents à se présenter.	La mission d'inspection accuse réception du compte rendu de la réunion du CVS du 17/12/2024 contenant les événements indésirables de 2024. Cependant, cela ne répond que partiellement à la prescription. Selon le CASF, la direction de l'établissement doit communiquer au CVS la nature des EI ainsi que les dispositions prises ou envisagées pour remédier à ces situations et en éviter la reproduction. Le compte rendu de la réunion du CVS du 17/12/2024 transmis par l'établissement ne détaille pas les mesures correctrices des EI. La direction de l'établissement doit : - Fournir les mesures correctrices pour l'année 2024. - Fournir le procès-verbal du résultat des élections du CVS ; - Fournir la composition du CVS mise à jour ; - Fournir les 3 comptes rendus de CVS de l'année 2024 ; Prescription maintenue	6 mois
P7	Prescription	2.1.1.1 2.1.1.3 2.1.4.4 2.1.4.10	Fonctions support	Gestion des ressources humaines	Sur les plannings d'août et septembre 2024, l'établissement affecte à la prise en charge des soins des résidents un total de [REDACTED]. En affectant ce personnel non qualifié, l'établissement n'est pas en mesure de garantir la sécurité et la qualité des soins, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1° et 3° du CASF. De plus, ces personnels non qualifiés pour cette prise en charge se retrouvent de fait en exercice illégal des professions	D312-155-0 du CASF L.311-3 1°, 3° CASF L311-8 CASF D451-88 du CASF L451-1 du CASF (agrément des formations sociales) L4391-1 du CSP RBPP HAS : Les déterminants de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé. Saint-Denis La Plaine : HAS 2022. D312-155-0 du CASF (pluridisciplinarité de l'équipe soignante)	Le planning désigne sur le pôle Soins l'équipe [REDACTED] sur le pôle hébergement l'équipe [REDACTED] Toutes les AS sont diplômées. J'atteste sur l'honneur qu'il n'y a pas de glissement de tâche sur l'EHPAD ; Idem pour les soignants de nuit	La mission d'inspection prend acte des diplômes d'AS transmis. Cependant, il reste sur le planning des AS dont le diplôme n'a pas été fourni [REDACTED] ou alors des AS dont le document transmis n'est pas valable (les attestations de réussite, les attestations de fin de formation, les attestations de formation) De plus, après analyse des documents, la mission d'inspection constate que de nombreux AS sur le planning font partie du personnel	3 mois

Référence de la mesure	Type de mesures	Réf. Rapport / N°IGAS	Thème IGAS	Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision	Délai de mise en œuvre
					<p>██████ L'établissement contrevient ainsi aux alinéas 1° et 3° de l'article L.311-3 et aux articles D.451-88 du CASF et L.4391-1 du CSP.</p> <p>Pour l'année 2022, le taux de rotation du personnel de ██████ est supérieur à la norme régionale.</p> <p>A la lecture des contrats de travail et bulletins de salaire, la mission d'inspection constate l'absence d'au moins un diplôme d'Etat d'AS parmi les pièces à fournir. La mission ne peut donc considérer ces agents comme ayant la qualification d'aide-soignant. La direction doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fournir les diplômes manquants des ██████ ; - Procéder au recrutement ██████ et ██████ qualifié ou de mettre en place un plan de qualification des ██████ en poste au sein des équipes soignantes ; - Fournir le plan de qualification et attestation d'inscription des agents en cours de qualification vers le diplôme d'Etat ██████ - Organiser les équipes de nuit de manière à disposer d'au moins une AS diplômée au sein de chaque équipe de nuit ; - Et fournir les plannings des trois prochains mois et les diplômes d'Etat d'AS des agents figurant au planning. 	<p>L.311-3 1° CASF (Sécurité résident)</p> <p>L311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité)</p> <p>L311-8 CASF</p>		<p>remplaçant. De ce fait, la direction de l'établissement doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Procéder au recrutement d'AS/AES et AMP qualifiés en CDD long supérieur à 3 mois ; - Fournir la preuve de recherche ; - Mettre en place un plan de qualification des AVS/ASH en poste au sein des équipes soignantes ; - Fournir le plan de qualification et l'attestation d'inscription des agents en cours de qualification vers le diplôme d'Etat d'AS ; - Fournir les diplômes de tous les agents ayant fini leur formation et dont l'attestation n'a qu'une durée de validité limitée. <p>Prescription maintenue</p>	

Référence de la mesure	Type de mesures	Réf. Rapport / N°IGAS	Thème IGAS	Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision	Délai de mise en œuvre
P8	Prescription	3.1.1.1	Prise en charge	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	La procédure d'admission ne mentionne ni l'utilisation du dossier unique d'admission (CERFA 14732*03) ni l'utilisation de VIA-TRAJECTOIRE ni le volet médical, alors que ces éléments sont mentionnés dans le contrat de séjour. La direction doit : - Uniformiser et mettre à jour l'ensemble des documents relatifs à l'admission et aux outils de la loi 2002-2 ; - Transmettre la procédure mise à jour.	(Obligation cerfa DU) R311-33 à -37 CASF (Règlement de Fonctionnement) D312-155-1 CASF Annexe 2-3-112 / D312-159-2 CASF et D312-158 CASF HAS, "Qualité de vie en EHPAD, volet 1", 2011	Carence de réponse de l'établissement	Aucun document justificatif n'a été transmis à la mission d'inspection concernant cette prescription. La direction de l'établissement doit mettre à jour et transmettre les procédures d'admission et de préadmission avec : - L'utilisation du dossier unique d'admission CERFA ; - L'utilisation de ViaTrajectoire. Prescription maintenue	3 mois
P9	Prescription	3.1.4.5	Prise en charge	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Les contrats fixant les modalités d'intervention des médecins traitant n'ont pas été fournis ce qui contrevient à l'art. R313-30-1 CASF. La direction doit : - S'assurer que chaque médecin traitant intervenant dans l'EHPAD ait signé un contrat type ; - Transmettre les contrats aux autorités de tutelles.	R313-30-1 CASF (contrat médecin libéraux) L314-12 du CASF (rôle médecins libéraux dans EHPAD) D312-158 2° CASF (missions du MEDCO)	Carence de réponse de l'établissement	Aucun document justificatif n'a été transmis à la mission d'inspection concernant cette prescription. La direction de l'établissement doit : - S'assurer que chaque médecin traitant intervenant dans l'EHPAD ait signé un contrat type ; - Transmettre les contrats à la mission d'inspection ; - Le cas échéant, un courrier de refus du médecin. Prescription maintenue	6 mois
P10	Prescription	2.5.4.3	Fonctions support	Sécurité des personnes	Les délais de réponse aux appels malades sont excessivement longs [REDACTED] La direction doit : - Réaliser une analyse régulière du temps de décroché, - Organiser une réunion des professionnels, Formaliser une procédure de bonnes pratiques afin de réduire les temps de décrochés.	L313-4 CASF (docs sur droits du résident) L311-3 CASF 1° (sécurité du résident) Art. D312-155-0, I, 2° : Les EHPAD "...proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés... et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée".	Une sensibilisation journalière lors des transmissions est effectuée auprès des soignants par l'IDEC. Une note de service est affichée pour sensibiliser le personnel. Une analyse des appels malades a été réalisé en CODIR. Il a été rédigé un protocole concernant certains résidents qui même en présence de soignant, persistent à appuyer sur le BIP.	La mission d'inspection prend acte des différents documents transmis (procédure en cas d'utilisation intempestive de l'appel malade, enquête de satisfaction et feuille d'émargement des réunions d'équipe du 4 et du 10 septembre 2024). Cependant, cela ne répond que partiellement à la prescription. La procédure transmise ne permet ni de cadrer la réactivité de réponse aux appels malades, ni de formaliser l'amélioration des bonnes pratiques. Les réunions d'équipe étant antérieures à l'inspection, il est	1 mois

Référence de la mesure	Type de mesures	Réf. Rapport / N°IGAS	Thème IGAS	Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision	Délai de mise en œuvre
								<p>nécessaire de maintenir ces réunions de bonnes pratiques et d'en fournir la preuve.</p> <p>La direction doit :</p> <ul style="list-style-type: none">- Réaliser une analyse régulière du temps de décroché et fournir la preuve d'amélioration grâce à des extractions (M et M-1) ;- Organiser des réunions de professionnels, fournir les listes d'émargement ainsi que les comptes rendus de réunions ;- Formaliser une procédure de bonnes pratiques afin de réduire les temps de décrochés <p>Prescription issue de la requalification d'une injonction (I1)</p>	

Référence de la mesure	Type de mesures	Réf. Rapport /N°IGAS	Thème IGAS	Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision	Délai de mise en œuvre
R1	Recommandation	2.1.2.5	Fonctions support	Gestion des ressources humaines	La procédure d'accueil d'un nouveau salarié ne précise pas les modalités d'accompagnement par la hiérarchie et par ses pairs. Elle ne favorise pas une prise de poste efficace et est susceptible d'affecter la qualité de la prise en charge des usagers. La direction doit mettre à jour la procédure d'accueil des nouveaux salariés et la transmettre à la mission d'inspection.	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 »)	Le livret d'accueil est à mettre à jour selon les nouvelles organisations de l'établissement.	<p>La mission d'inspection prend acte des différents livrets d'accueil fournis.</p> <p>Cependant, dans le livret d'accueil des nouveaux salariés et des stagiaires, il convient de détailler les modalités d'accompagnement par la hiérarchie et par ses pairs en précisant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la durée de l'accompagnement ; - les modalités de cet accompagnement. <p>Transmettre à la mission d'inspection la procédure d'accueil des nouveaux arrivants mise à jour.</p> <p>Recommandation maintenue</p>	3 mois