

Cabinet du Directeur général
Inspection régionale autonomie santé

Délégation départementale des Hauts-de-Seine

EHPAD Mapad MAISON MOLIÈRE
26 boulevard Carnot – 92340 BOURG-LA-REINE
N° FINESS 920803855

Compte-rendu de contrôle
de mise en œuvre des mesures correctrices
notifiées au décours de l'inspection du 30 novembre 2023
(référence° 2022-0128)

Déplacement sur site le 06/03/2025
SI-ICEA 2025_IDF_00015

Mission conduite par

—

—

—

Assistés par

-

Sommaire

1	Rappel du contexte et des conclusions de la mission d'inspection	3
2	Vérification de la mise en œuvre effective des mesures correctrices demandées à l'établissement	5
2.1	Injonctions	5
2.2	Prescriptions	9
3	Conclusion	12
4	Annexes.....	12

1 Rappel du contexte et des conclusions de la mission d'inspection

1.1 Éléments déclencheurs de la mission

L'EHPAD « *Maison Molière* », géré par la société par actions simplifiée (SAS) MAISON MOLIERE MAISON REPOS¹, a fait l'objet le 30 novembre 2023, dans le cadre du plan national d'inspection des Ehpad, d'une inspection conjointe de l'Agence régionale de santé Île-de-France (ARSIdF) et des services du Département des Hauts-de-Seine (CD92).

Au terme d'une procédure contradictoire engagée le 17 avril 2024 avec l'envoi du rapport d'inspection, **un courrier de décisions définitives**, cosigné par le CD92 et l'ARSIdF, a été **adressé le 15 juillet 2024**, qui **notifiait 4 injonctions, 13 prescriptions et 10 recommandations**².

Dans un premier temps, le respect de ces mesures correctrices a été suivi conjointement par la délégation départementale des Hauts-de-Seine (DD92) de l'ARSIdF et par le CD92, qui ont effectué plusieurs déplacements dans l'établissement, concluant à une prise en compte incomplète des mesures correctives attendues.

La DD92 a ensuite souhaité inscrire au Programme régional d'inspection contrôle 2025 de l'IRAS une visite de contrôle du respect des injonctions, et plus généralement des mesures correctrices des écarts relevés lors de l'inspection de novembre 2023.

1.2 Contexte et modalités de la mission d'inspection

Le contrôle a été effectué, sur place et de manière inopinée, le 6 mars 2025 par une équipe de trois personnes, à savoir un médecin inspecteur de santé publique en poste à l'IRAS, une inspectrice de l'action sanitaire et sociale également en poste à l'IRAS, et une infirmière en poste à la délégation départementale des Hauts-de-Seine de l'ARS, désignée inspectrice de l'ARS en application de l'article L. 1435-7 du Code de la santé publique³. La mission a été assistée par infirmière, chargée d'inspection à l'IRAS, désignée personne qualifiée en application de l'article L. 1421-1 du CSP⁴.

L'équipe chargée du contrôle a procédé à l'examen de documents sur pièces et sur place. Elle s'est rendue dans les locaux de l'EHPAD Maison Molière et a procédé à une visite de contrôle accompagnée par la directrice et par la cadre de santé. Au cours de cette journée de visite, l'équipe d'inspection a rencontré plusieurs salariés de l'EHPAD et des résidents, et mené des entretiens avec l'IDEC, des professionnels de l'établissement, le directeur régional, et le directeur de l'établissement en audioconférence. A l'issue de cette journée de visite, une réunion de synthèse d'inspection s'est déroulée avec le directeur régional.

Plusieurs dysfonctionnements avaient été corrigés en mars 2025 mais pas tous, ce qui a conduit l'équipe à différer l'établissement du rapport final, après la finalisation des mesures et travaux annoncés par l'établissement.

L'établissement a adressé à la mission un tableau de suivi des mesures correctrices demandés à l'issue de l'inspection de novembre 2023 mis à jour après l'inspection du 6 mars

¹ Cette SAS est rattachée au groupe MAPAD, présidé par le docteur G. Sitbon.

² Cf. l'annexe I

³ Les noms des personnes de l'équipe d'inspection figurent en couverture de ce rapport, ainsi que sur la lettre d'information remise lors de la réunion de présentation de l'inspection à la directrice de l'établissement, cf. en annexe II

⁴ Agent en absence administrative autorisée en incapacité de signer le rapport à date.

2025, avec plusieurs points successifs effectués les 17/05/2024, 03/06/2024, 19/07/2024, 01/08/2024, puis le 14/03/2025 et le 04/09/2025.

1.3 Présentation de l'établissement

Situé aux 23 et 26 Boulevard Carnot à Bourg-La-Reine, l'EHPAD Molière est géré par la SA Maison de retraite Molière dont le siège social est situé 47 Rue de Colombes à 92400 Courbevoie, Siège de la SAS Mapad Holding Executive qui assure, pour le compte du responsable légal commun aux deux Sociétés, le contrôle de la direction de l'établissement.

L'EHPAD Molière est autorisé pour 47 places en hébergement permanent.

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

Les chambres de l'EHPAD sont réparties entre deux bâtiments disposés en face l'un de l'autre, de part et d'autre du Boulevard Carnot, (cf. les photographies ci-dessous).



Au numéro 26 du Boulevard Carnot, une construction classique des années 1870 constitue depuis 1925 la partie historique de la maison de retraite, devenue l'actuel Ehpad et héberge une vingtaine de résidents.

Au n° 23 du Boulevard Carnot, une bâtisse moderne de 1996 complète la capacité d'hébergement de l'établissement.



2 Vérification de la mise en œuvre effective des mesures correctrices demandées à l'établissement

Les points contrôlés suivants font référence aux décisions notifiées par le DG ARS IDF et par le Président du Conseil départemental des Hauts-de-Seine dans leur courrier conjoint du 17 juillet 2024.

2.1 Injonctions

INJONCTIONS DE JUILLET 2024	CONSTATS DU CONTRÔLE DU 6 MARS 2025	DOCUMENTS COMPLÉMENTAIRES ADRESSÉS ENSUITE PAR L'ÉTABLISSEMENT	ANALYSE ET COMMENTAIRES DE LA MISSION	RECOMMANDATIONS COMPLÉMENTAIRES
I-01 : La direction doit garantir la sécurité des résidents en mettant en place un système d'appels malades opérationnel, (1) en sécurisant les prises, câbles électriques et arrivées d'eau, (2) en empêchant l'accès aux produits chimiques, (3) en désencombrant le préau pour éviter notamment les chutes des résidents et (4) en assurant l'accès au portillon H24 par un accès sécurisé.	(1) Les résidents sont désormais pourvus de bracelets ou de médaillons d'alerte. Chaque soignant du bâtiment dispose d'un récepteur ad hoc. L'équipe d'inspection a constaté que le déclenchement d'un appel était rapidement suivi de l'intervention d'un soignant dans la chambre de la personne concernée, dont le numéro s'affiche sur le récepteur. Toutefois, ce système ne permet pas la localisation exacte de l'appelant, et rien ne permet de savoir si le résident a déclenché l'alarme ailleurs que dans sa chambre, dans une pièce du même bâtiment, voire dans l'autre bâtiment de l'Ehpad. Après un appel, le soignant se dirige donc forcément vers la chambre de l'appelant, ce qui peut ne pas être adéquat. Le système est opérationnel et a été présenté en CVS le 6 juin 2024 ; une fiche d'information a été fournie aux familles, et les résidents ont été équipés et sensibilisés à l'importance du port de leur médaillon. (2) La mission a constaté la correction des défauts de sécurité pointés dans le rapport de l'inspection de novembre 2023. Les produits de nettoyage de la laverie sont désormais tenus sous clé et les prises et	(3) Un devis, daté du 12 février 2025, a été accepté par l'établissement pour sécuriser la descente vers le préau du bâtiment n°23. Une copie en a été adressé à la mission, accompagnée d'une photographie montrant l'installation temporaire d'une chainette interdisant l'accès à la descente du bâtiment 23 vers le préau. <i>Annexe 1 : PV du CVS du 06/06/2024</i> <i>Annexe 2 : Fiche Technique Appel Malade</i> <i>Annexe 3 : Photos des travaux de sécurisation de 12/2023</i> <i>Annexe 4 : Photo Chaîne descente 03/2025</i> <i>Annexe 5 : Devis signé du portillon</i>	L'établissement a corrigé les manquements signalés en répondant à ce qui était demandé. Réponse satisfaisante	- Réétudier le système d'appels malades afin d'envisager une localisation exacte de l'appelant lors d'un déclenchement de l'alerte d'un résident.

	câbles électriques ont été débranchés ou réparés. (3) Le préau a été désencombré des objets présents lors de l'inspection de novembre 2023. Cependant, le jour de l'inspection, de nouveaux objets et meubles mis au rebus s'y trouvaient en attente d'enlèvement. Les entretiens avec la direction ont fait émerger une solution alternative pour améliorer la sécurité des résidents : interdire l'accès du préau aux résidents et à leurs familles, par l'installation d'une clôture avec un portillon, restreignant l'accès à la descente vers le préau. À cet effet, un devis a été demandé, et dans l'attente des travaux, une pancarte et une chaînette matérialisent l'interdiction d'accès aux résidents pour l'installation d'un portillon. En attendant, une pancarte indiquant un accès réservé au personnel pourrait être mise en place. (4) La mission a constaté le bon fonctionnement de la serrure à code du portillon d'accès pour l'entrée et la sortie sur rue du bâtiment 26.			
I-02 : L'ensemble des ordonnances doivent être intégrées par les médecins sur le logiciel Titan ainsi qu'une synthèse des examens médicaux extérieurs ou hospitalisations, afin que les dossiers médicaux informatisés soient complets et puissent mettre à jour des dossiers de liaison d'urgence (DLU) exhaustifs et fiables. Des codes de connexion et un guide de prise en main rapide du logiciel Titan doivent être fournis aux personnels soignants vacataires et intérimaires. Les infirmières doivent s'assurer que la distribution des médicaments se fasse	(1) L'intégration des ordonnances, des examens médicaux extérieurs et des hospitalisations sur [REDACTED] est réalisée. Un médecin traitant pour 4 résidents ne prescrivant pas sur [REDACTED] ses ordonnances sont scannées et enregistrées dans le dossier patient. Le DLU peut inclure ces documents scannés ainsi que les comptes rendus et examens externes. Ce processus s'applique également aux ordonnances des médecins libéraux consultés en cabinet par les résidents. (2) Les codes de connexion fournis à tout le personnel soignant, y compris les vacataires et intérimaires, restent identiques d'un vacataire à l'autre. Bien que le croisement des informations avec les plannings permette	(2) Une procédure d'accès à [REDACTED] destinée aux AS a été envoyée à la mission, avec une date d'application effective en mars 2025. Des feuilles d'émargements ont été fournies, attestant de l'organisation de formations au logiciel [REDACTED] la plupart en 2023, la dernière le 3 avril 2024 ; ces feuilles d'émargement ne précisent pas les types de professionnels formés. <i>Annexe 6 : Protocole d'impression du dossier de transfert</i> <i>Annexe 7 : Exemple dossier de transfert d'un résident</i>	La réponse, initialement incomplètement satisfaisante, a été complétée après la seconde visite d'inspection. La réponse finale est satisfaisante sous réserve des recommandations ci-contre. En ce qui concerne l'utilisation du logiciel [REDACTED] il est nécessaire que tous les médecins - sans exception - l'utilisent afin d'harmoniser les pratiques au sein de l'établissement. Actuellement, l'usage du logiciel semble ne pas être généralisé à l'ensemble du personnel médical, ce qui peut entraîner des incohérences dans le suivi des soins. Concernant la gestion des codes d'accès, il apparaît nécessaire que les codes attribués aux vacataires, AS et IDE soient uniques,	1) - Assurer l'utilisation systématique du logiciel [REDACTED] par tous les médecins pour garantir la gestion cohérente et unifiée des soins et la traçabilité complète et précise des actes médicaux. - Effectuer un contrôle régulier de la bonne utilisation du logiciel par tous les professionnels. 2) - Assurer l'attribution et l'utilisation de codes d'accès secrets individuels pour chacun des salariés, remplaçants et/ou vacataires afin de garantir la traçabilité des actions de chaque professionnel. - Organiser des sessions de formation régulières pour les professionnels, afin

systématiquement avec l'ultime vérification de la prescription médicale avant l'administration.	de savoir qui a utilisé les codes à un moment donné, il est toujours possible de modifier les écrits par toute personne disposant de ces codes, qui sont affichés dans les postes de soins. Le guide de prise en main rapide de [REDACTED] accessible aux vacataires et intérimaires, existe depuis 2022 et a été mis à jour avec des captures d'écran pour faciliter l'apprentissage et l'utilisation de [REDACTED] assurant ainsi la traçabilité des actes par l'ensemble du personnel soignant. (3) Les plans de soins intègrent l'administration des médicaments et permettent de tracer leur prise, y compris les refus ou les médicaments "si besoin". Si les ordonnances sont scannées et non intégrées au plan de soins, une fiche de traçabilité de la pharmacie garantit l'exhaustivité des administrations. Toutefois, la mission a constaté que les soignants (IDE de jour et AS de nuit) traçaient de manière très irrégulière les administrations de médicaments, malgré les outils de traçabilité en place.	<i>Annexe 8 : Procédure d'accès à Titan pour les soignants</i> <i>Annexe 9 : Protocole Circuit du médicament v2 (05/2024)</i> <i>Annexe 10 : Émargement Sensibilisation IDE 14 et 16/05/2024</i> <i>Annexe 11 : Protocole Circuit du médicament v3 (03/2025)</i> <i>Annexe 12 : Émargement Réunion IDE du 13/03/2025</i> <i>Annexe 13 : Courrier ARS – participation projet Circuit du médicament</i>	garantissant ainsi une traçabilité fiable des actions de chaque professionnel. Toutefois, la procédure d'accès à [REDACTED] semble avoir été formalisée uniquement pour les AS, laissant potentiellement une lacune dans la gestion des accès pour les autres professionnels de santé. Enfin, la traçabilité de la distribution des médicaments par les IDE de jour et les AS de nuit reste irrégulière. Bien que des outils de traçabilité aient été mis en place, leur utilisation n'est pas systématique, ce qui nuit à la qualité et à la fiabilité des données relatives à l'administration des médicaments. Il est crucial de renforcer la rigueur dans l'utilisation de ces outils pour garantir une meilleure sécurité des soins et une conformité avec les pratiques établies.	d'améliorer leur maîtrise du logiciel et des outils de traçabilité 3) - Veiller à la traçabilité systématique de la distribution des médicaments, en particulier par les IDE de jour et AS de nuit. - Mettre en place des rappels ou des formations pour s'assurer que les professionnels soignants remplissent correctement la traçabilité des administrations de médicaments, de manière régulière et rigoureuse. 4)-Assurer un contrôle mensuel de l'application des procédures d'accès à [REDACTED] et de la traçabilité de l'administration des médicaments.
I-03 : Les discussions sur la prise en charge soignante ne doivent pas être retracées dans les comptes rendus de comité de direction accessibles à des non professionnels de santé.	-Les comités de direction sont désormais scindés en deux parties. - Une première partie collégiale, permet d'aborder les sujets ne concernant pas des soins ni des données couvertes par le secret médical. - La réunion se poursuit ensuite, sans les non-professionnels de santé pour traiter ces autres problématiques. - Aucun compte rendu de CODIR ne contient de données de santé nominatives.	Aucun compte rendu de CODIR n'avait été transmis dans un premier temps. Les comptes-rendus, vérifiés par la mission lors de la visite d'inspection, ainsi qu'un échantillon secondairement transmis, confirme l'application de la nouvelle procédure, décrite par l'établissement.	Réponse satisfaisante	
I-04 : Les stocks de stupéfiants doivent être revus en lien avec l'officine pharmaceutique de ville ainsi que les registres afférents en	-Les stocks de stupéfiants ont été revus et il n'y a notamment plus de stocks croisés entre le 23 et le 26 (les 2 bâtiments).	- Envoi de deux photos du coffre à stupéfiants : une ouvert et une fermé avec verrouillage par code.	La réponse, initialement incomplètement satisfaisante, a été complétée après la seconde visite d'inspection. La réponse finale est satisfaisante sous réserve des recommandations ci-contre.	- Vérifier et ajuster la gestion des stocks non nominatifs ; respecter pleinement la réglementation.

bannissant les stocks croisés et les stocks non nominatifs de secours.	-Toutefois, les stocks non nominatifs ne sont pas conformes, malgré la réorganisation. -Le coffre à stupéfiants du bâtiment 23 contenait au jour de la visite des médicaments (n'étant pas tous des stupéfiants) mais conservés en vue d'une éventuelle prise en charge palliative.	- Une procédure intitulée "Procédure de dotation pour besoins urgents ou stock tampon" a été fournie, précisant que : - Les médicaments de la DBU (dotation besoins urgents) sont identifiés, rangés selon un ordre préétabli et stockés dans un rangement accessible et connu. - Ce dispositif est placé dans une armoire fermée à clé située [REDACTED] - Le coffre contenant les médicaments de la « dotation soins palliatifs » se trouve dans cette armoire. Cette procédure a été mise à jour en mars 2025, après les remarques formulées lors de la seconde inspection. <i>Annexe 9 : Protocole Circuit du médicament v2 (05.2024)</i> <i>Annexe 10 : Émargement Sensibilisation IDE 14 et 16.05.2024</i> <i>Annexe 11 : Protocole Circuit du médicament v3 (03.2025)</i> <i>Annexe 12 : Émargement Réunion IDE du 13.03.2025</i> <i>Annexe 15 : Bons de retour à la pharmacie</i> <i>Annexe 16 : Procédure Dotation pour besoins urgents</i> <i>Annexe 17 : Procédure Gestion des stupéfiants</i> <i>Annexe 18 : Photo Coffre Stupéfiants et coffre Soins palliatifs</i>	- Avancée positive : suppression des stocks croisés. - Problème persistant : stocks non nominatifs non conformes. Toutefois après la visite d'inspection, l'ensemble des médicaments non conformes présents dans le coffre à stupéfiants (médicaments et stupéfiants appartenant à un résident décédé) ont été retournés à la pharmacie. - Inadéquation du contenu du coffre à stupéfiants du bâtiment 23. Au décours de la visite un second coffre a été commandé et installé dans chacun des postes de soins pour assurer la séparation des médicaments et assimilés de ceux de la dotation soins palliatifs.	- Mettre en place un second coffre dédié aux stupéfiants pour les soins palliatifs. - Renforcer les contrôles et audits internes pour éviter toute nouvelle anomalie. - Former le personnel à la gestion stricte et conforme des stocks de stupéfiants.
--	---	--	--	---

2.2 Prescriptions

PRESRIPTIONS DE JUILLET 2024	CONSTATS DU CONTRÔLE DU 6 MARS 2025	DOCUMENTS COMPLÉMENTAIRES ADRESSÉS ENSUITE PAR L'ÉTABLISSEMENT	ANALYSE ET COMMENTAIRES DE LA MISSION	RECOMMANDATIONS COMPLÉMENTAIRES
P01 : Le médecin coordonnateur doit disposer des diplômes requis pour assumer cette responsabilité.	Le Medco actuel est démissionnaire ; l'établissement a reçu la candidature d'un médecin gériatre (le recrutement doit cependant être confirmé).	L'établissement a envoyé des documents probants d'une recherche active d'un nouveau médecin coordonnateur. À la date de sa dernière réponse, un médecin coordonnateur avait été embauché le 21 août 2025, avec un engagement de valider sous trois ans l'une des formations réglementairement nécessaires.	Prescription initialement non satisfaite, puis satisfaite depuis le contrôle L'établissement souhaitait recruter un médecin coordonnateur possédant les diplômes requis. Un MedCo a finalement été recruté mais doit suivre une formation ad hoc. Réponse finale convenable sous réserve de la confirmation de la validation de la formation du MedCo. Après le départ de la précédente titulaire, une nouvelle infirmière coordonnatrice (IdeC) a été recrutée le [REDACTED]	Confirmer, le moment venu, à la délégation départementale de l'ARS et au CD-92 la preuve de validation de formation du MedCo
P02 : Le personnel soignant doit être formé au logiciel Titan, aux transmissions ciblées, aux troubles de la déglutition, au risque dénutrition et au suivi des ingestas afin de garantir une qualité de la prise en charge soignante.	-L'établissement a transmis après la visite de contrôle : - une feuille d'émargement concernant une formation sur les troubles de la déglutition datant du 7 octobre 2024. Un faible nombre de professionnels y ont toutefois participé. - une feuille d'émargement d'une formation sur le logiciel [REDACTED] portant sur la sensibilisation au pointage et au plan de soins [REDACTED]. La formation a été réalisée entre février et mars 2025. - Une feuille d'émargement d'une formation sur la dénutrition en octobre 2024, avec également un faible nombre de soignants		Prescription initialement non satisfaite puis satisfaite depuis le contrôle Une infirmière référente sur Titan® a été recrutée en attendant la nouvelle IDEC pour accompagner les personnels sur le logiciel qui serait à terme possiblement remplacé par NetSoins®.	Poursuivre les efforts de formation et en particulier pour assurer une utilisation généralisée et fluide de [REDACTED] puis éventuellement de [REDACTED]
P03 : Tous les professionnels de santé libéraux intervenant dans l'établissement doivent signer une convention d'exercice.	L'établissement a transmis après la visite de contrôle un tableau de suivi des conventions des intervenant libéraux de mars 2025, qui attestait du fait qu'ils n'avaient pas encore tous signé la convention proposée. La direction en a fait une des missions de la nouvelle MedCo		Prescription initialement non satisfaite puis satisfaite depuis le contrôle. Le nouveau MedCo est mobilisé pour chercher à obtenir l'assentiment des professionnels libéraux intervenant dans l'établissement pour signer leur convention.	Transmettre à la délégation départementale de l'ARS et au CD-92 la copie des conventions d'exercice des professionnels de santé.
P04 : Le Rapport Annuel d'Activité Médical (RAMA) doit faire l'objet d'une présentation annuelle en commission de coordination gériatrique.	Transmission du PV de la commission gériatrique 2024 (support + émargement) et programmation de la présentation du RAMA 2024 à la réunion de décembre 2025 de la Commission gériatrique.		Prescription satisfaite depuis le contrôle	- Adresser à l'ARS et au CD la copie du compte-rendu de la réunion de la Commission gériatrique attestant de la présentation du RAMA 2024

P05 : Pour les résidents sous mesure de protection, les PVI doivent être signés par les tuteurs.	L'établissement a transmis : - Tableau de suivi des résidents sous protection juridique -Tableau de suivi des PVI -Quelques exemples de PVI signés	Prescription initialement non satisfaite puis en cours de prise en compte - Parmi les ■■■ résidents sous protection de justice, ■■■ sont en attente d'une mesure judiciaire. - Concernant les Plans de Vie Individualisés, ■■■ n'ont pas été signés par les résidents, et ■■■ n'ont pas encore été signés par leurs tuteurs, malgré l'envoi par l'établissement au cours de l'année 2024. Une psychologue remplaçante est embauchée et a repris l'élaboration et l'actualisation des PVI	-Accélérer la mise en place des mesures de protection pour les ■■■ % de résidents en attente, en renforçant le suivi avec les autorités compétentes. -Améliorer l'adhésion des résidents à leur PVI en travaillant sur la sensibilisation et l'accompagnement à la signature -Renforcer le suivi avec les tuteurs légaux afin de diminuer les ■■■ % de PVI non signés par les tuteurs malgré leur envoi.
P06 : La direction doit renouveler impérativement le règlement de fonctionnement qui date de plus de 5 ans. Celui-ci doit être remis à chaque personne qui y exerce, soit à titre de salarié, soit à titre libéral ou qui y intervient à titre bénévole. Il doit en outre préciser que « les faits de violence sur autrui sont susceptibles d'entraîner des procédures administratives et judiciaire » et les modalités concrètes d'exercice des droits et libertés des résidents	L'établissement a transmis : -CVS du 06.06.2025 -Règlement de fonctionnement -Photo de l'affichage et mise à disposition du règlement de fonctionnement -Émargement de la réunion de présentation -Règlement de fonctionnement aux collaborateurs.	Prescription satisfaite Le règlement de fonctionnement, dont la prise d'effet est fixée au ■■■ a été transmis et présenté en CVS. Il a été mis à disposition des personnels, avec une feuille d'emargement attestant de sa remise. Cependant, toutes les signatures des professionnels et bénévoles intervenant au sein de l'EHPAD n'y figurent pas. Il est affiché dans l'établissement.	--
P07 : Le projet d'établissement doit être renouvelé puisqu'il a pris effet il y a plus de 5 ans. Le projet d'établissement doit comprendre le plan bleu, détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crises et de situations sanitaires exceptionnelles.	--	Prescription en cours de prise en compte Le projet d'établissement, finalisé, doit être validé en réunion du CVS ■■■	Transmettre à la délégation départementale de l'ARS et au CD-92 : -Renouvellement du projet d'établissement tout en intégrant le plan bleu détaillé.
P08 : Le plan bleu doit intégrer la convention passée avec un établissement de santé proche définissant les modalités de coopération.	Pas de transmission du plan bleu. Documents transmis : -Proposition de convention ■■■ -Courrier demande renouvellement convention ■■■	Prescription incomplètement satisfaite : La demande de partenariat a été adressée à ■■■ le ■■■. La convention n'a pas encore été finalisée, bien que les modalités de coopération aient été définies.	Relancer l'hôpital afin de finaliser et formaliser la convention de partenariat afin de sécuriser et structurer la coopération entre les parties prenantes.

P09 : Un document unique de délégation doit être réalisé au bénéfice de la directrice adjointe qui est amenée à assurer la continuité des missions de direction.	Prescription levée en juillet 2024 à l'issue du dialogue contradictoire	Prescription levée	--
P10 : La fiche de poste de la directrice doit préciser la mission suivante : la conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement.	Prescription levée en juillet 2024 à l'issue du dialogue contradictoire	Prescription levée	--
P11 : Le règlement de fonctionnement, l'arrêté tarifaire du Conseil Départemental sur l'hébergement, l'arrêté d'autorisation conjoint ARS/CD ainsi que la liste des personnes qualifiées doivent être affichés de manière visible par tous.	Les documents sont affichés dans un lutin visible et accessible à tous dans l'entrée du bâtiment 26.	Prescription satisfaite	--
P12 : L'établissement doit formaliser une procédure écrite de signalement et de gestion du suivi des EI et EIG, et former les professionnels à celle-ci. Dans ce cadre, les signalements des EI et EIG doivent être transmis aux deux autorités de tarification et de contrôle (ATC) et en assurer le suivi.	Documents transmis : -Protocole EI Molière -Émargement formation EI 06.2024 -Émargement formation EI 02.2025	Prescription satisfaite Le personnel a été formé lors de différentes sessions, et un protocole a été réalisé en [REDACTED] formalisant la démarche à suivre.	--
P13 : En matière de ressources humaines, des entretiens professionnels bisannuels pour tous les professionnels de l'établissement doivent être menés, et la gestion prévisionnelle des emplois et des parcours (GPEP) est à mettre en place.	Document transmis : -Calendrier 2025 des entretiens professionnels	Prescription satisfaite : Entretiens professionnels réalisés	--
P14 : Il doit être proposé, à chaque résident, la désignation d'une personne de confiance au moment de l'admission ou au cours de sa prise en charge.	Documents transmis : - Extraction Titan – Personnes de confiance - Mail de tuteurs	Prescription satisfaite Il manque cependant encore deux confirmations de désignations, pour lesquelles les tuteurs ont été sollicités.	--
P15 : L'établissement doit formaliser une politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance.	Documents transmis : - Politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance - Formations externes relative à la Bientraitance - Charte de la bientraitance de la Maison Molière - Tryptique mensuel 01 et 02.2025 - Projet affiche Bientraitance pour chaque chambre - Photo Carnet	Prescription satisfaite La politique de bientraitance a été formalisée.	--

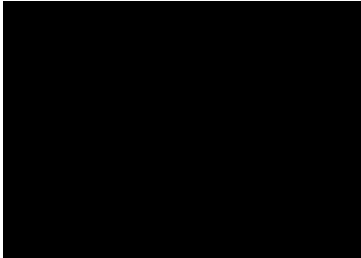
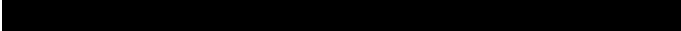
2.3 Recommandations

Les recommandations formulées n'étant, par nature, pas contraignante la mission n'a pas assuré de suivi dans le cadre de cette mission de contrôle du respect des injonctions notifiées le 15 juillet 2024.

3 Conclusion

Si le gestionnaire et la direction de l'établissement ont tardé à prendre en compte certaines injonctions et prescriptions, leur bonne volonté manifeste lors de la visite de mars 2025 a été attestée depuis par la transmission du tableau de suivi en date du 4 septembre 2025, qui permet à la mission de proposer la clôture du contrôle, au vu du respect, in fine, des injonctions et de la quasi-totalité des prescriptions.

Fait à Saint-Denis, le 9 décembre 2025

   l'IRAS	 Docteur   à l'IRAS
---	--

4 Annexes

Liste des annexes :

Annexe I : Courrier de décisions définitives du 15 juillet 2024 cosigné par le Directeur général de l'ARS IdF et par le Président du CD-92

Annexe II : Tableau de suivi par l'établissement des mesures correctrices demandées par l'ARS et le CD-92

Annexe III : lettre d'information pour l'inspecté sur le contrôle du 6 mars 2025

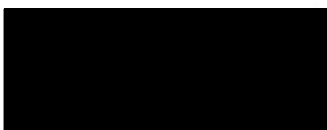
4.1 Annexe I : lettre de décisions définitives du 15 juillet 2024



Agence régionale de santé d'Île-de-France
Délégation départementale des Hauts-de-Seine

Conseil départemental des Hauts-de-Seine
Pôle Solidarités

Monsieur [REDACTED]
Président de la SAS MAPAD Santé
49 rue de Colombes
92400 COURBEVOIE



Nanterre, le 15 juillet 2024

Lettre recommandée avec AR
N°

Monsieur le Président,

Une inspection conjointe menée par l'Agence régionale de santé d'Île-de-France (ARS IDF) et le Conseil départemental des Hauts-de-Seine a eu lieu au sein de l'EHPAD Molière le 30 novembre 2023.

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, nous vous avons adressé par lettre recommandée avec AR le 2 mai 2023 le rapport que nous a remis la mission d'inspection, ainsi que quatre injonctions, quinze prescriptions et quatorze recommandations que nous envisagions de vous notifier.

Vous nous avez transmis par courriels du 17 mai 2024 et du 12 juin 2024 des éléments de réponse détaillés, à raison de 34 pièces annexes, ce dont nous vous remercions. Les éléments apportés ont permis de lever les mesures suivantes :

- Prescription envisagée n°9 s'agissant du document unique de délégation pour la directrice adjointe : vous nous indiquez que la permanence de direction est assurée par la directrice territoriale ou le directeur d'un autre établissement de groupe et que la directrice adjointe n'a, en charge, que la continuité de service, ce qui est cohérent avec la note prévoyant la permanence de direction que vous nous avez fait parvenir ;
- Prescription envisagée n°10 s'agissant de la mise à jour de la fiche de poste de la directrice devant préciser la conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement : vous indiquez que la fiche de poste de la directrice d'établissement a été modifiée en ce sens.
- Recommandation envisagée n°2 s'agissant de l'heure des transmissions entre soignants afin notamment de faire le lien avec la pharmacie pour les modifications de traitement : vous indiquez que les transmissions ont lieu à midi depuis le 1^{er} avril pour permettre de faire le point sur le suivi des transits et mieux respecter les temps de pause du personnel.
- Recommandation envisagée n°3 s'agissant de la facilité d'accès des sacs de secours à sceller : vous indiquez que les sacs de secours ont été scellés et leur accès facilité notamment par rangement à hauteur d'homme et par regroupement de l'ensemble des équipements, ce qui nous permet de lever la mesure.

28 allée d'Aquitaine
92000 NANTERRE
Tél : 01 40 97 97 97
<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/delegation-departementale-des-hauts-de-seine-92>

- Recommandation envisagée n°6 s'agissant de la fiche de poste de la directrice devant identifier les liens avec le siège : vous renvoyez sur votre réponse à la fiche de poste rénovée, qui précise en effet les missions en lien avec la direction générale du groupe ;
- Recommandation envisagée n°12 s'agissant de l'accessibilité PMR par voie d'ascenseur à amplifier pour sécuriser et faciliter les déplacements : vous indiquez que les locaux ne s'y prêtent pas mais qu'un affichage a été installé afin d'améliorer la lisibilité et qu'une aide au financement d'une chaise d'évacuation escalier serait appréciée. Ces éléments sont suffisants pour permettre de lever la mesure.

Cependant les éléments de réponse apportés ne permettent pas de lever les mesures suivantes :

- Injonction envisagée n°1 concernant les mesures à mettre en œuvre afin de garantir la sécurité des résidents : vous avez fourni une facture pour la mise en place d'un nouveau système d'appel malades ainsi que les échanges avec le prestataire pour son installation et les essais de contrôle, diverses photographies attestant des travaux effectués et relatifs à la sécurisation des prises, des câbles électriques, des arrivées d'eau, de l'accès aux produits chimiques et de l'accès au portillon. Toutefois, les photos prises du RDC ne nous permettent pas de constater que les espaces ciblés dans le rapport d'inspection (écart n°22) ont été sécurisés et empêchent les résidents d'accéder aux produits de nettoyage et à la laverie, ce qui ne nous permet pas de lever la mesure ;
- Injonction envisagée n°2 concernant l'intégration de toutes les ordonnances dans le logiciel TITAN, l'accès de ce logiciel de soins à tous les soignants, la complétude du DLU et l'ultime vérification des ordonnances pendant la distribution des médicaments : vous avez fourni les éléments de relance auprès des médecins traitants avec fiche navette et liens de connexion, les informations sur la GED de TITAN et la possibilité pour la directrice des soins de créer des codes d'accès TITAN aux personnels vacataires et intérimaires. Néanmoins, les échanges entre MedCo et Directeur médical du groupe démontrent que toutes les ordonnances ne sont pas encore intégrées dans le logiciel TITAN et que ce dernier, incomplet ne saurait ainsi fournir un DLU à jour. Enfin, les fiches d'administration des médicaments hebdomadaires permettent certes une traçabilité, mais, ne garantissent pas une mise à jour en cas de changement de traitement en cours de semaine. La mission constate, de plus, que la fiche n'est signée que par une seule équipe et que des jours de traitement ne sont pas retracés. Enfin, bien que les IDE aient été formées au protocole de la distribution des médicaments, et compte tenu de ce qui précède, les éléments fournis à la mission ne permettent pas de lever la mesure qui est maintenue dans sa totalité ;
- Injonction envisagée n°3 concernant les discussions sur la prise en charge soignante à exclure des discussions du CODIR : vous avez fourni le compte-rendu du CODIR du 13 mai 2024, qui inclut un point de situation sur chaque résident. Il apparaît que des éléments concernant l'état de santé des résidents y sont inscrits tels que « Covid », « douleur à l'épaule » ou encore « point médical avec la fille ». Ces éléments pris isolément sans association avec le nom du résident sont communicables à tous. En revanche, dès lors qu'il est possible de faire le lien avec le résident et en présence de personnes qui ne sont pas tenues au secret médical, ces informations trahissent le secret médical. Pour faire lever cette injonction, il semble qu'il faille que le comité de direction soit séparé en deux temps, un temps où les informations médicales peuvent être abordées et un autre temps où pourront être évoquées les modalités de prise en charge (hors médicale) des résidents. Au regard des éléments fournis, il ne nous est donc pas possible de lever la mesure ;
- Injonction envisagée n°4 concernant les stocks de stupéfiants et leurs registres à revoir en lien avec Captain Pharma ainsi que l'abandon des stocks croisés et non nominatifs de secours : vous avez fourni des documents attestant de retours en pharmacie sans indiquer la raison de ces retours, des copies des registres comportant de nombreuses erreurs (médicament sorti pour un si besoin en pleine nuit, non donné et dont l'IDE n'a pas signé le registre ; pour les médicaments en gouttes buvables, indication de médicaments « sur stock » – sans préciser ce à quoi cela correspond – sans indication des quantités restantes, les quantités entrantes étant des flacons et les quantités sortantes des gouttes, aucun parallèle n'est fait permettant réellement de savoir où en est le stock ; le troisième bordereau précise qu'il s'agit d'un médicament unidose en gouttes buvables dont le stock diminue après plusieurs administrations – donc non-respect du caractère unidose – et toujours sans indication du nombre de

gouttes dans les pipettes). Enfin, aucun stock tampon n'est accepté, uniquement les stupéfiants ayant fait l'objet d'une prescription médicale précisant la conduite à tenir. Au regard de l'ensemble des éléments fournis, il ne nous est donc pas possible de lever la mesure ;

- Prescription envisagée n°1 s'agissant des diplômes requis pour devenir médecin coordonnateur en EHPAD : vous indiquez que le médecin coordonnateur est en recherche d'un DU de médecin coordonnateur. En attendant, sans validation de ce DU, il ne nous est pas possible de lever cette mesure ;
- Prescription envisagée n°2 s'agissant de la formation des soignants au logiciel TITAN, aux transmissions ciblées, aux troubles de la déglutition, au risque de dénutrition et au suivi des ingestas : vous nous indiquez que les formations au logiciel [REDACTED] ont eu lieu et que le plan de formation prend en compte l'ensemble des autres formations que la mission d'inspection a ciblé. A défaut de la communication des contenus des formations réalisées et celles à venir, il ne nous est pas possible de lever cette mesure ;
- Prescription envisagée n°3 s'agissant des conventions d'exercice à faire signer par l'ensemble des professionnels de santé libéraux de l'établissement : vous nous indiquez que vous avez mis en place un tableau de suivi sans nous indiquer si ces derniers ont signé ces conventions d'exercice. Aussi, en l'état, il ne nous est pas possible de lever la mesure ;
- Prescription envisagée n°4 s'agissant de la présentation du RAMA lors de la commission de coordination gériatrique : vous nous indiquez que cette dernière aura lieu le 9 juillet prochain. A défaut du compte-rendu de cette réunion, il ne nous est pas possible de lever la mesure ;
- Prescription envisagée n°5 s'agissant de la signature par les tuteurs des PAI des résidents sous mesure de protection : vous indiquez qu'à défaut d'avoir pu obtenir le consentement des résidents, vous avez saisi les tuteurs pour approbation. Or, l'approbation du tuteur est à recueillir dans tous les cas, le consentement du seul résident ne suffisant pas quand celui-ci est sous protection juridique. En l'absence des consentements de l'ensemble des tuteurs/curateurs et des signatures effectives des PAI correspondants, il ne nous est pas possible de lever la mesure ;
- Prescription envisagée n°6 s'agissant de l'actualisation du règlement de fonctionnement : vous indiquez que les éléments à ajouter et à actualiser ont été soumis au CVS du 6 juin 2024. En l'absence du compte-rendu du CVS concerné et du règlement de fonctionnement modifié, il ne nous est pas possible de lever la mesure ;
- Prescription envisagée n°7 s'agissant du renouvellement du projet d'établissement : vous indiquez qu'un rétroplanning a été mis en place, sans nous le joindre. Au regard des informations apportées, il ne nous est pas possible de lever la mesure ;
- Prescription envisagée n°8 s'agissant du conventionnement avec un établissement de santé proche définissant les modalités de coopération dans le cadre du plan bleu : vous indiquez qu'une nouvelle convention sera proposée à la direction de [REDACTED] Sans transmission de cette convention actualisée et signée, il ne nous est pas possible de lever la mesure ;
- Prescription envisagée n°11 s'agissant de l'affichage du règlement de fonctionnement, de l'arrêté tarifaire du Conseil Départemental sur l'hébergement, de l'arrêté d'autorisation conjoint ARS/CD ainsi que la liste des personnes qualifiées : vous avez transmis une photo montrant qu'un lutin est accessible à l'accueil et consultable par tous. Or, l'article R 311-35 CASF précise que « *le règlement de fonctionnement est affiché dans les locaux de l'établissement ou du service et remis à chaque personne qui y est prise en charge ou qui y exerce, soit à titre de salarié ou d'agent public, soit à titre libéral, ou qui y intervient à titre bénévole* ». Les documents étant accessibles certes mais non affichés dans les locaux, il ne nous est pas possible de lever la mesure ;
- Prescription envisagée n°12 s'agissant de la formalisation écrite d'une procédure de signalement et de suivi des EI et EIG, de la transmission de ces événements aux ATC et de leur suivi, de la formation des professionnels aux procédures : vous nous indiquez que les protocoles sont en cours d'actualisation et que les équipes seront formées début juillet. A défaut de transmission de ces procédures actualisées,

du contenu de la formation dispensée et des feuilles d'émargement des professionnels ayant bénéficiés de ces formations, il ne nous est pas possible de lever la mesure ;

- Prescription envisagée n°13 concernant la mise en place des entretiens professionnels bisannuels pour tous les professionnels de l'établissement et la gestion prévisionnelle des emplois et des parcours (GPEP) : vous nous avez fourni un planning d'entretiens des entretiens menés par la directrice. Ce planning compte 20 entretiens alors que dans le registre du personnel fourni au 1^{er} décembre 2023, 29 CDI étaient dénombrés (dont celui de la directrice). Aussi, il manque la planification de 8 entretiens individuels ainsi que celui de la directrice avec sa propre hiérarchie. Au regard de ces éléments, il ne nous est donc pas possible de lever la mesure ;
- Prescription envisagée n°14 concernant la désignation d'une personne de confiance pour chaque résident au moment de l'admission ou au cours de sa prise en charge : vous avez fourni un exemple de contrat de séjour où la mention de la personne de confiance est bien inscrite ainsi qu'une extraction TITAN des personnes de confiance de l'ensemble des résidents. Cette extraction fait apparaître 4 résidents sous tutelle pour lesquels la personne de confiance n'a pas été désignée. Vous ne nous avez transmis aucune information sur les raisons de la non désignation et les démarches entreprises auprès des tuteurs. Aussi, au regard de ces éléments, il ne nous est donc pas possible de lever la mesure ;
- Prescription envisagée n°15 s'agissant de la formalisation d'une politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance : vous nous transmettez une politique de promotion de la bientraitance qui ne prend pas en compte la lutte contre la maltraitance, et notamment ne relaie pas l'information sur le n°3977. Au regard de ces éléments, nous en sommes pas en mesure de lever la mesure ;
- Recommandation envisagée n°1 s'agissant des horaires de présence du MedCo pour permettre la mise en place des réunions de synthèse pluridisciplinaires avec retours d'expérience et d'analyses de pratiques professionnelles, discussions sur le Plan de Soins Individualisé (PSI) : vous nous indiquez que les horaires de présence du médecin coordonnateur sont connus de tous et qu'il se tient à disposition pendant ces deux jours de présence. Toutefois, aucune précision n'est faite quant à la mise en place de réunions de synthèse pluridisciplinaires avec retours d'expérience et d'analyses de pratiques professionnelles et vous précisez que la création et la mise à jour des PSI se font via TITAN par les équipes IDE et AS. Au regard des informations apportées, il ne nous est pas possible de lever la mesure ;
- Recommandation envisagée n°4 s'agissant de la superficie minimum de 13 m² pour la 47^{ème} chambre de l'établissement : vous nous indiquez avoir tenu compte de cette remarque et vous engagez à ne pas utiliser les trois chambres identifiées de tailles et de ne pas les transformer en chambres doubles. Toutefois, compte tenu du manque de précisions concernant l'installation de ces 3 lits, il ne nous est pas possible de lever la mesure ;
- Recommandation envisagée n°5 s'agissant de l'organigramme détaillé et le protocole d'accueil des nouveaux professionnels : nous avons bien reçu l'organigramme mis à jour qui correspond à nos remarques. Cependant, concernant le protocole d'accueil des nouveaux professionnels, vous indiquez qu'il est en cours de refonte, ce qui ne nous permet pas de lever la mesure ;
- Recommandation envisagée n°7 s'agissant de la traçabilité des réunions thématiques entre professionnels par la mise en place de comptes rendus ou de relevés de décisions : n'ayant pas apporté de réponse, il ne nous est pas possible de lever la mesure ;
- Recommandation envisagée n° 8 s'agissant de l'inscription au règlement de fonctionnement de la possibilité de prendre le petit déjeuner en chambre pour les résidents le désirant ou alités : vous indiquez que vous apportez la précision selon laquelle les résidents ont le choix du lieu du petit déjeuner sans nous envoyer le règlement de fonctionnement modifié, ce qui ne nous permet pas de lever la mesure ;
- Recommandation envisagée n°9 concernant les modalités de continuité d'activité et de reprise d'activité à inscrire dans le plan bleu : vous nous indiquez que le plan bleu est en cours d'actualisation pour permettre la formation des équipes avant le 30 juin 2024, ce qui ne nous permet pas de lever la mesure ;

- Recommandation envisagée n°10 s'agissant de la mise en place d'un plan d'amélioration continue de la qualité comprenant l'ensemble des sources disponibles, l'identification pour chaque action des responsables et des délais de mise en œuvre, du suivi et de la communication auprès des équipes : n'ayant pas apporté de réponse, il ne nous est pas possible de lever la mesure ;
- Recommandation envisagée n°11 s'agissant de la répartition des ETP par bâtiment à réaliser en fonction du nombre de résidents et la charge de travail afférente : vous nous indiquez que la maison 26 compte 24 résidents pris en charge par 2,85 ETP de soignants et que la maison 23 compte 22 résidents pris en charge par 2,85 ETP de soignants en précisant que les roulements des soignants changent tous les deux mois et adaptés à la charge des résidents et que l'organisation du travail peut être aménagée en fonction des situations. Vous n'apportez pas de précisions sur les profils des résidents (comme le GIR) pris en charge dans les deux bâtiments, il ne demeure donc pas possible d'objectiver que les ETP sont adaptés à la prise en charge soignante des résidents ;
- Recommandation envisagée n°13 s'agissant des horaires à préciser dans les plannings d'animation pour permettre aux résidents de choisir en fonction de leurs envies et de leurs besoins : vous indiquez que ces horaires sont précisés ainsi que le bâtiment où se trouvera l'animation. Toutefois, sans possibilité de vérifier que les horaires sont effectivement sur les plannings des animations à venir, il ne nous est pas possible de lever la mesure.

Aussi, nous vous notifions à titre définitif 4 injonctions, 13 prescriptions et 9 recommandations.

Nous appelons votre attention sur la nécessité de transmettre à la Délégation départementale des Hauts-de-Seine et au Conseil départemental des Hauts-de-Seine (CD92) les éléments de preuve documentaire permettant d'attester de la mise en place des mesures correctrices et de lever ces décisions de façon définitive.

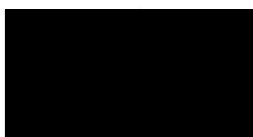
Nous vous rappelons que l'absence de mise en œuvre, dans le délai imparti des mesures correctives relevant des catégories des injonctions peut être sanctionnée en application des dispositions des articles L. 313-14 et L. 313-16 du Code de l'action sociale et des familles par l'application de sanctions financières, la mise sous administration provisoire ou la suspension, la cessation ou la fermeture, 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>

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de notre considération distinguée.

Pour la Directrice générale
De l'Agence régionale de santé
D'Île-de-France,

La directrice adjointe de la délégation
départementale des Hauts-de-Seine



Pour le Président du Conseil départemental des Hauts-de-Seine, et par délégation,

La directrice de l'Autonomie

Département des Hauts-de-Seine
Pôle Solidarités



Copie : 
Directrice de l'EHPAD Molière
26 boulevard Carnot
92340 Bourg-la-Reine

Annexe : Décisions prises dans le cadre de l'inspection inopinée réalisée à l'EHPAD Molière du 30 novembre 2023.

	Injonctions	Texte de référence	Réf. Rapport	Délai de mise en œuvre	Niveau de mise en œuvre constaté à l'examen des pièces transmises
I1	La direction doit garantir la sécurité des résidents en mettant en place un système d'appels malades opérationnel, en sécurisant les prises, câbles électriques et arrivées d'eau, en empêchant l'accès aux produits chimiques, en désencombrant le préau pour éviter notamment les chutes des résident et en assurant l'accès au portillon H24 par un accès sécurisé.	Article L. 311-3 1° CASF (sécurité du résident)	Ecart n°22 Ecart n°23 Ecart n°25	15 jours	Mesure partiellement mise en œuvre <u>Injonction maintenue</u>
I2	L'ensemble des ordonnances doivent être intégrées par les médecins sur le logiciel [REDACTED] ainsi qu'une synthèse des examens médicaux extérieurs ou hospitalisations, afin que les dossiers médicaux informatisés soient complets et puissent mettre à jour des Dossiers de Liaison d'Urgence (DLU) exhaustifs et fiables. Des codes de connexion et un guide de prise en main rapide du logiciel [REDACTED] doivent être fournis aux personnels soignants vacataires et intérimaires. Les infirmières doivent s'assurer que la distribution des médicaments se fasse systématiquement avec l'ultime vérification de la prescription médicale avant l'administration.	Article L. 311-3 1° CASF (sécurité du résident)	Ecart n°20 Ecart n°27 Ecart n°28 Ecart n°29 Ecart n°30 Remarque n°17	1 mois	Mesure non mise en œuvre <u>Injonction maintenue</u>

13	Les discussions sur la prise en charge soignante ne doivent pas être retracées dans les comptes rendus de comité de direction accessibles à des non professionnels de santé.	Article L. 1110-4 CSP (secret médical)	Ecart n°21	Immédiat	Mesure non mise en œuvre <u>Injonction maintenue</u>
14	Les stocks de stupéfiants doivent être revus en lien avec [REDACTED] ainsi que les registres afférents en bannissant les stocks croisés et les stocks non nominatifs de secours.	Article R. 5132-36 CSP (stupéfiants)	Ecart n°29	15 jours	Mesure non mise en œuvre <u>Injonction maintenue</u>

Suite des décisions prises dans le cadre de l'inspection inopinée réalisée à l'EHPAD

	Prescriptions	Texte de référence	Réf. rapport	Délai de mise en œuvre	Niveau de mise en œuvre constaté à l'examen des pièces transmises
P1	Le médecin coordonnateur doit disposer des diplômes requis pour assumer cette responsabilité.	Article D. 312-157 CASF.	Ecart n°10	6 mois	Mesure non mise en œuvre <u>Prescription maintenue</u>
P2	Le personnel soignant doit être formé au logiciel Titan, aux transmissions ciblées, aux troubles de la déglutition, au risque dénutrition et au suivi des ingestas afin de garantir une qualité de la prise en charge soignante.	Article L. 311-3 3° CASF.	Ecart n°17 Ecart n°26 Remarque n°15	4 mois	Mesure non mise en œuvre <u>Prescription maintenue</u>
P3	Tous les professionnels de santé libéraux intervenant dans l'établissement doivent signer une convention d'exercice.	Article L. 314-12 CASF. Article R. 313-30-1 CASF.	Ecart n°31	3 mois	Mesure non mise en œuvre <u>Prescription maintenue</u>
P4	Le Rapport Annuel d'Activité Médical (RAMA) doit faire l'objet d'une présentation annuelle en commission de coordination gériatrique.	Art. 2 de l'arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique.	Ecart n°18	3 mois	Mesure non mise en œuvre <u>Prescription maintenue</u>
P5	Pour les résidents sous mesure de protection, les PAI doivent être signés par les tuteurs.	L311-3 3° CASF.	Ecart n°24	2 mois	Mesure non mise en œuvre <u>Prescription maintenue</u>

P6	La direction doit renouveler impérativement le règlement de fonctionnement qui date de plus de 5 ans. Celui-ci doit être remis à chaque personne qui y exerce, soit à titre de salarié, soit à titre libéral ou qui y intervient à titre bénévole. Il doit en outre préciser que « les faits de violence sur autrui sont susceptibles d'entraîner des procédures administratives et judiciaire » et les modalités concrètes d'exercice des droits et libertés des résidents.	Article R. 311-33 et suivants du CASF.	Ecart n°1 Ecart n°2 Ecart n°3 Ecart n°4	3 mois	Mesure non mise en œuvre <u>Prescription maintenue</u>
P7	Le projet d'établissement doit être renouvelé puisqu'il a pris effet il y a plus de 5 ans. Le projet d'établissement doit comprendre le plan bleu, détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crises et de situations sanitaires exceptionnelles.	Article R. 311-8 CASF. Article D312-160 CASF.	Ecart n°5 Ecart n°6	3 mois	Mesure non mise en œuvre <u>Prescription maintenue</u>
P8	Le plan bleu doit intégrer la convention passée avec un établissement de santé proche définissant les modalités de coopération.	Arrêté du 7 juillet 2005	Ecart n°7	4 mois	Mesure non mise en œuvre <u>Prescription maintenue</u>
P9	Un document unique de délégation doit être réalisé au bénéfice de la directrice adjointe qui est amenée à assurer la continuité des missions de direction.	Article D. 312-176-5 CASF.	Ecart n°8	1 mois	Mesure non mise en œuvre <u>Prescription maintenue</u>
P10	La fiche de poste de la directrice doit préciser la mission suivante : la conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement.	Article D. 312-176-5 CASF.	Ecart n°9	1 mois	Mesure mise en œuvre <u>Prescription levée</u>

P11	Le règlement de fonctionnement, l'arrêté tarifaire du Conseil Départemental sur l'hébergement, l'arrêté d'autorisation conjoint ARS/CD ainsi que la liste des personnes qualifiées doivent être affichés de manière visible par tous.	L.311-5 CASF. Articles R-311-34 à -38 CASF.	Ecart n°11	15 jours	Mesure non mise en œuvre <u>Prescription maintenue</u>
P12	L'établissement doit formaliser une procédure écrite de signalement et de gestion du suivi des EI et EIG, et former les professionnels à celle-ci. Dans ce cadre, les signalements des EI et EIG doivent être transmis aux deux autorités de tarification et de contrôle (ATC) et en assurer le suivi.	Article L.311-8-1 CASF Arrêté du 28 décembre 2016	Ecart n°13 Ecart n°14	2 mois	Mesure non mise en œuvre <u>Prescription maintenue</u>
P13	En matière de ressources humaines, des entretiens professionnels bisannuels pour tous les professionnels de l'établissement doivent être menés, et la gestion prévisionnelle des emplois et des parcours (GPEP) est à mettre en place.	Article L. 6315-1 du code du travail Article L. 2242-20 du code du travail	Ecart n°15 Ecart n°16	Immédiat pour les entretiens professionnels 4 mois pour la GPEP	Mesure non mise en œuvre <u>Prescription maintenue</u>
P14	Il doit être proposé, à chaque résident, la désignation d'une personne de confiance au moment de l'admission ou au cours de sa prise en charge.	Article L311-5-1 CASF	Ecart n°19	Immédiat	Mesure non mise en œuvre <u>Prescription maintenue</u>
P15	L'établissement doit formaliser une politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance.	Article L. 311-8 CASF	Ecart n°12	1 mois	Mesure non mise en œuvre <u>Prescription maintenue</u>

Suite des décisions prises dans le cadre de l'inspection inopinée réalisée à l'EHPAD I

	Recommandations	Réf. rapport	
R1	L'établissement devrait revoir les horaires de présence du MedCo afin de pouvoir mettre en place des réunions de synthèse pluridisciplinaires formalisées et anticipées avec retours d'expérience et analyses de pratiques professionnelles, discussions sur le Plan de Soins Individualisé (PSI) notamment en fin d'après-midi après le goûter des résidents.	Remarque n°7 Remarque n°12 Remarque n°13 Remarque n°22	Mesure non mise en œuvre <u>Recommandation maintenue</u>
R2	L'établissement devrait prévoir les transmissions des soignants avant midi afin de prévenir au plus vite la pharmacie et permettre d'obtenir avant le lendemain les éventuels nouveaux traitements.	Remarque n°14	Mesure mise en œuvre <u>Recommandation levée</u>
R3	L'établissement devrait s'assurer que les sacs de secours soient scellés et faciles d'accès.	Remarque n°18 Remarque n°19 Remarque n°20	Mesure mise en œuvre <u>Recommandation levée</u>
R4	La 47ième chambre de l'établissement devrait disposer d'une surface minimum de 13m².	Remarque n°1	Mesure non mise en œuvre <u>Recommandation maintenue</u>

R5	Afin d'améliorer l'accueil de nouveaux professionnels et de rendre plus lisible l'organisation, l'établissement devrait disposer d'un d'organigramme détaillé et d'un protocole d'accueil pour les nouveaux professionnels.	Remarque n°4 Remarque n°10	Mesure non mise en œuvre <u>Recommandation maintenue</u>
R6	La fiche de poste de la directrice devrait identifier les liens avec le siège.	Remarque n°5	Mesure non mise en œuvre <u>Recommandation maintenue</u>
R7	Les réunions thématiques entre professionnels devraient faire l'objet de comptes rendus ou de relevés de décisions.	Remarque n°6	Mesure non mise en œuvre <u>Recommandation maintenue</u>
R8	Le règlement de fonctionnement devrait préciser que les petits déjeuners peuvent être pris en chambre si les résidents le souhaitent ou s'ils sont alités.	Remarque n°2	Mesure non mise en œuvre <u>Recommandation maintenue</u>
R9	Le plan bleu ne comprend pas les modalités de la continuité d'activité ainsi que de la reprise d'activité.	Remarque n°3	Mesure non mise en œuvre <u>Recommandation maintenue</u>

R10	L'établissement devrait dispose d'un plan d'amélioration continue de la qualité qui serait établi avec l'ensemble des sources disponibles, identifier pour chaque action les responsables et les délais de mise en œuvre, être suivi et une communication devrait être faites auprès des équipes.	Remarque n°8	Mesure non mise en œuvre <u>Recommandation maintenue</u>
R11	La répartition des ETP par bâtiment devrait être réalisée en fonction du nombre de résidents et de la charge de travail afférente.	Remarque n°9	Mesure non mise en œuvre <u>Recommandation maintenue</u>
R12	L'accessibilité PMR (par voie d'ascenseur) devrait être amplifiée afin de sécuriser et faciliter les déplacements.	Remarque n°11	Mesure mise en œuvre <u>Recommandation levée</u>
R13	Le programme des animations devrait préciser les horaires de chacune d'elle pour permettre aux résidents de choisir en fonction de leurs envies et besoins.	Remarque n°16	Mesure non mise en œuvre <u>Recommandation maintenue</u>

4.2 Annexe II : Tableau de suivi par l'établissement des mesures correctrices demandées par l'ARS et le CD-92

PRESRIPTIONS	ACTIONS IMMEDIATES	COMMENTAIRES 17.05.2024	DOCUMENTATIONS / PREUVES	COMMENTAIRES 03.06.2024	DOCUMENTATIONS / PREUVES	COMMENTAIRES 19.07.2024	DOCUMENTATIONS / PREUVES	COMMENTAIRES 01.08.2024	DOCUMENTATIONS / PREUVES	COMMENTAIRES 14.03.2025	DOCUMENTATIONS / PREUVES	COMMENTAIRES 04.09.2025
P 1	Le médecin coordonnateur doit disposer des diplômes requis pour assumer cette responsabilité. S'agissant des diplômes requis pour devenir médecin coordonnateur en EHPAD: vous indiquez que le médecin coordonnateur est en recherche d'un DU de médecin coordonnateur. En attendant, sans validation de ce DU, il ne nous est pas possible de lever cette mesure;			le médecin coordonnateur est en cours de recherche pour se former au DU de medco. La formation sera prise en charge par le groupe MAPAD.				Recherche en cours par le medco : inscriptions [REDACTED] closes depuis mai; inscription prévue à [REDACTED]		A la suite de relances régulières de la part de la Direction, le Médecin coordonnateur (en poste depuis [REDACTED]) avait initié des recherches pour s'inscrire à la formation du DU et n'a finalement pas souhaité s'y engager. Il avait émis ces derniers mois son souhait de quitter la résidence, et a formalisé sa démission le jour de votre inspection, le 6 mars 2025. Il effectue actuellement son préavis.	Annexe 19 : Echange mail candidat Médecin coordonnateur	Un nouveau médecin coordonnateur a été recruté le [REDACTED]. Le DU faisant partie des critères incontournables de recrutement, le [REDACTED] a signé une lettre d'engagement pour son inscription dans un cursus de formation dans un délai maximum de 3 ans

P 2 Le personnel soignant doit être formé au logiciel Titan, aux transmissions ciblées, aux troubles de la déglutition, au risque dénutrition et au suivi des ingestas afin de garantir une qualité de la prise en charge soignante. s'agissant de la formation des soignants au logiciel [REDACTED] aux transmissions ciblées, aux troubles de la déglutition, au risque de dénutrition et au suivi des ingestas: vous nous indiquez que les formations au logiciel [REDACTED] ont eu lieu et que le plan de formation prend en compte l'ensemble des autres formations que la mission	4 Mois			le personnel soignant a été formé ou reformé au logiciel [REDACTED] dont les transmissions ciblées (cf feuilles d'émargement) Les formations sur la dénutrition, les troubles de la déglutition et le suivi des ingestats font partie du plan de formation interne 2024	ANNEXE 12:FEUILLE D'EMMARGEMENT FORMATION TITAN			Le contenu de la formation Titan, dont les transmissions ciblées, a été transmis lors de l'envoi du 3 juin. Les contenus de formation sur les troubles de la déglutition et sur la dénutrition/ingestats sont en cours de rédaction pour le 1er par l'orthophoniste, pour le 2nd par l'équipe médicale, pour être déployés à la rentrée.		Le personnel soignant a été formé au logiciel [REDACTED] dont les transmissions ciblées en décembre 2023 et avril 2024. Les formations sur la dénutrition ont eu lieu en interne animées par la Directrice des soins et celles sur les troubles de la déglutition ont été effectuées par l'orthophoniste, qui n'a pas souhaité communiquer son support.	Annexe 20 : Formation Dénutrition (émargement et support) Annexe 21 : Formation [REDACTED] (émargement et support Editeur) Annexe 22 : Formation Déglutition (émargement)	En attente du recrutement de l'IDEC, une infirmière, référente sur titan, a été missionnée pour accompagner les nouveaux soignants et actualiser les plans de soins. Des rappels ont été régulièrement effectués auprès des équipes afin d'optimiser la traçabilité des soins. L'exploitation de [REDACTED] par les équipes sera l'un des enjeux de la nouvelle IDEC, [REDACTED] [REDACTED] comme d'autres axes actualisés dès que nécessaire dans le plan de formation. Par ailleurs l'ehpad est en attente d'intégrer [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]
--	---------------	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	---

	d'inspection a ciblé. A défaut de la communication des contenus des formations réalisées et celles à venir, il ne nous est pas possible de lever cette mesure ;												pour la mise en place du logiciel
P 3	Tous les professionnel de santé libéraux intervenant dans l'établissement doivent signer une convention d'exercice. S'agissant des conventions d'exercice à faire signer par l'ensemble des professionnels de santé libéraux de l'établissement : vous nous indiquez que vous avez mis en place un tableau de suivi sans nous indiquer si ces derniers ont signé ces conventions d'exercice. Aussi, en l'état,				Un tableau a été mis en place pour assurer le suivi des dates d'envoi / de remise, et de signature des professionnel s libéraux. Les médecins traitants dont les conventions ont été signées en 2016 recevront comme les autres la convention actualisée pour signature.	ANNEXE N°13: TABLEAU DE SUIVI CONVENTION			Le tableau de suivi des signatures des conventions avec les intervenants a été actualisé pour une meilleure visibilité. Une nouvelle relance a été effectuée.	Annexe 13	Le tableau de suivi des signatures des conventions avec les intervenants libéraux a été actualisé le 11 mars 2025. Vous constaterez que des conventions mises à jour et envoyées en 2024, restent non signées par plusieurs intervenants. Pour autant, ils continuent à assurer le suivi médical de leurs patients résidant au sein de l'établissement. Nous profiterons de l'arrivée du nouveau Médecin coordonnateur pour redynamiser les signatures des conventions.	Annexe 23 : Tableau de suivi des conventions des intervenants libéraux 03.2025	Le Dr a été sensibilisée à la nécessité de recréer une dynamique avec les intervenants libéraux pour la signature des conventions. Les conventions seront intégrées à l'ordre du jour de la prochaine commission gériatrique prévue en décembre.

	il ne nous est pas possible de lever la mesure;												
P 4	Le Rapport Annuel d'Activité Médical (RAMA) doit faire l'objet d'une présentation annuelle en commission de coordination gériatrique. S'agissant de la présentation du RAMA lors de la commission de coordination gériatrique : vous nous indiquez que cette dernière aura lieu le 9 juillet prochain. A défaut du compte-rendu de cette réunion, il ne nous est pas possible de lever la mesure ;				la commission gériatrique est organisée le 9 juillet prochain autour d'un petit déjeuner. Le RAMA sera bien entendu intégré dans la présentation. Une feuille d'émargement pourra être transmise				Sera transmis lors de la CCG de septembre		La commission initialement prévue le [REDACTED] s'est finalement tenue le [REDACTED] à cette occasion le RAMA 2023 a été présenté. Le RAMA 2024, en cours de rédaction sera également présenté à la prochaine CCG dont la date reste à déterminer.	Annexe 24 : CCG 10.2024 (support et émargement)	La prochaine Commission gériatrique a été programmée le [REDACTED] Le RAMA 2024 y sera présenté

Pour les résidents sous mesure de protection, les PVI doivent être signés par les tuteurs. S'agissant de la signature par les tuteurs des PAi des résidents sous mesure de protection: vous indiquez qu'à défaut d'avoir pu obtenir le consentement des résidents, vous avez saisi les tuteurs pour approbation. Or, l'approbation du tuteur est à recueillir dans tous les cas, le consentement du seul résident ne suffisant pas quand celui-ci est sous protection juridique. En l'absence des consentements de l'ensemble des tuteurs/curateurs et des signatures	2 Mois			la liste des résidents sous protection juridique a été actualisée, intégrant les mentions suivantes : Pour les résidents dont le consentement a pu être recueilli : • date de signature du PVI • date d'envoi du PVI au tuteur pour information Pour les résidents dont le consentement n'a pu être recueilli • date d'envoi du PVI au tuteur • date de retour/signature du tuteur	ANNEXE N°14: TABLEAU DE SUIVI			Les PVI des résidents ayant fait l'objet d'un consentement et dont le résident est sous protection juridique, ont été transmis aux tuteurs. Le tableau de suivi a été actualisé.	ANNEXE 37 : tableau actualisé	La liste des résidents sous protection juridique a été actualisée en intégrant les mentions suivantes : - Pour les résidents dont le consentement a pu être recueilli : - o date de signature du PVI - o date d'envoi du PVI au tuteur pour information - Pour les résidents dont le consentement n'a pu être recueilli - o date d'envoi du PVI au tuteur - o date de retour/signature du tuteur	Annexe 25 : Tableau de suivi des résidents sous protection juridique Annexe 26 : Tableau de suivi des PVI Annexe 27 : Exemples de PVI signés	La psychologue est partie [REDACTED] [REDACTED] Sa remplaçante [REDACTED] [REDACTED] a pris en main l'élaboration des PVI des nouveaux résidents et la réévaluation des PVI le nécessitant, pour assurer la continuité de leur suivi. Conformément à notre précédent envoi, la signature du résident est systématiquement recherchée. S'il est sous mesure de tutelle, la signature de son tuteur est portée sur le PVI. En cas de refus, la mention est également portée.
---	---------------	--	--	--	--------------------------------------	--	--	---	--------------------------------------	--	---	---

	effectives des PAi correspondant s, il ne nous est pas possible de lever la mesure											
P 6	La direction doit renouveler impérativement le règlement de fonctionnement qui date de plus de 5 ans. Celui-ci doit être remis à chaque personne qui y exerce, soit à titre de salarié, soit à titre libéral ou qui y intervient à titre bénévole. Il doit en outre préciser que « les faits de violence sur autrui sont susceptibles d'entraîner des procédures administratives et judiciaire » et les modalités concrètes d'exercice des droits et libertés des résidents. S'agissant de			le règlement de fonctionnement a été mis à jour et présenté au CVS en [REDACTED] (cf page de garde et compte rendu du CVS). Les mentions supplémentaires à préciser ont été actualisées et seront soumises à l'avis du CVS du [REDACTED]		Le règlement de fonctionnement a fait l'objet d'actualisations. Il a été soumis à l'avis du CVS le [REDACTED]	ANNEXE 26 : règlement de fonctionnement actualisé et compte rendu du CVS			Le règlement de fonctionnement actualisé a été soumis aux membres du CVS le 6 juin 2024. Il est dorénavant affiché à l'entrée de l'établissement et a été présenté aux collaborateurs en [REDACTED]. Un exemplaire papier vous a été remis le jour de l'inspection du 6 mars 2025.	Annexe 1 : CVS du [REDACTED] Annexe 28 : Règlement de fonctionnement Annexe 29 : Photo affichage et mise à disposition du règlement de fonctionnement Annexe 30 : Émargement présentation Règlement de fonctionnement aux collaborateurs	Les réunions du CVS se tiennent régulièrement et les comptes-rendus vous seront adressés au fil de l'eau conformément à la nouvelle réglementation.

	l'actualisation du règlement de fonctionnement : vous indiquez que les éléments à ajouter et à actualiser ont été soumis au CVS du 6 juin 2024. En l'absence du compte-rendu du CVS concerné et du règlement de fonctionnement modifié, il ne nous est pas possible de lever la mesure ;											
P 7	Le projet d'établissement doit être renouvelé puisqu'il a pris effet il y a plus de 5 ans. Le projet d'établissement doit comprendre le plan bleu, détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crises et de situations sanitaires exceptionnelles.			Concernant la mise à jour de notre projet d'établissement actuel, un retroplanning a été transmis le ■■■■■■■■						Des temps de travail et d'échange en équipe ont lieu pour amorcer la réflexion autour du projet d'établissement. Toutefois, cette démarche n'est à ce jour pas structurée et le retro planning prévu n'a pas été suivi. Toutes les actions initiées autour de la bientraitance, par exemple, avaient pour	PAS D'ANNEXE ASSOCIEE	En l'absence d'équipe d'encadrement et compte tenu de la période estivale, l'échéance de validation par le CVS a été reportée à ■■■■■■■■

s'agissant du renouvellement du projet d'établissement : vous indiquez qu'un rétroplanning a été mis en place, sans nous le joindre. Au regard des informations apportées, il ne nous est pas possible de lever la mesure									objectif d'envisager les actions à conduire pour les prochaines années. La bientraitance sera l'axe fort du projet. L'arrivée de la Direction Médicale & Qualité MAPAD [REDACTED] permet d'appuyer et soutenir les équipes dans la mise en œuvre de leur démarche qualité. A ce titre, un kit « clé en main » relatif au projet d'établissement a été construit pour l'ensemble du groupe. Cet outil a vocation de fournir des supports pour les groupes de travail permettant de proposer une méthodologie de réflexion et de rédaction ainsi que de proposer un support de formation		
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

									pouvant être utilisé sur site. Pour autant, chaque établissement disposera de son propre PE en adéquation avec ses besoins et envies. L'ambition nous pousse à vouloir avancer sur des groupes de travail en avril et mai, pour une présentation du PE au CVS de [REDACTED] Toutefois, le contexte – notamment par le départ du Médecin coordonnateur - nous incite à plus de mesure, nous nous engageons à vous remettre un PE finalisé et validé par les instances d'ici au [REDACTED]		
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--

P 8 Le plan bleu doit contenir la convention passée avec un établissement de santé proche définissant les modalités de coopération. S'agissant du conventionnement avec un établissement de santé proche définissant les modalités de coopération dans le cadre du plan bleu : vous indiquez qu'une nouvelle convention sera proposée à la direction de [REDACTED] d'ici la fin juin. Sans transmission de cette convention actualisée et signée, il ne nous est pas possible de lever la mesure	4 Mois			le plan bleu (en cours d'actualisation) a été intégré dans le sommaire du projet d'établissement. La convention signée avec [REDACTED] figure dans la liste des annexes du Plan Bleu page 8. Elle a été transmise avec les autres documents le [REDACTED] (P40). La convention a été signée en [REDACTED] et un avenant signé en [REDACTED]. Une nouvelle convention sera proposée à la direction de l'hôpital par courrier d'ici la fin juin.				Une proposition de convention et un courrier d'accompagnement ont été adressés à l'Hopital d'Antony le 30 Juillet	ANNEXE 38	Une proposition de convention et un courrier d'accompagnement ont été adressés à [REDACTED]. Nous n'avons reçu aucune réponse depuis.	Annexe 31 : Proposition de convention Annexe 32 : Courrier HPA	Grâce à l'intervention de [REDACTED] nous reprenons contact avec la directrice de [REDACTED] pour la signature d'une convention d'ici la fin de l'année.
---	---------------	--	--	--	--	--	--	--	------------------	--	---	---

P 9	Un document unique de délégation doit être réalisé au bénéfice de la directrice adjointe qui est amenée à assurer la continuité des missions de direction.				La délégation concernant la conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement ou de service, la gestion et animation des ressources humaines, la gestion budgétaire, financière et comptable en application des articles R. 314-9 à R. 314-55 et la coordination avec les institutions et intervenants extérieurs, n'est pas assurée par la directrice adjointe en charge des soins mais par la Directrice de l'établissement qui possède un DUDP. La directrice adjointe assure la continuité de service				Prescription levée dans le rapport définitif du 15 juillet 2024				
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

					pendant les congés de la directrice ; la permanence de direction est assurée par la directrice territoriale ou le directeur d'un autre établissement du groupe.								
P 10	La fiche de poste de la directrice doit préciser la mission suivante : la conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement.				la fiche de poste de la directrice a été actualisée.	ANNEXE N° 16: FICHE DE POSTE DIRECTEUR			Prescription levée dans le rapport définitif du 15 juillet 2024				
P 11	Le règlement de fonctionnement, l'arrêté tarifaire du Conseil Départemental sur l'hébergement, l'arrêté d'autorisation conjoint ARS/CD ainsi que la liste des personnes qualifiées doivent être affichés de manière visible	15 Jours	Les documents cités ont été isolés du classeur situé à l'accueil du bâtiment 26 dans un support identifié	Annexe 16 : affichage réglementaire				Le règlement de fonctionnement de l'établissement a été affiché dans son intégralité à l'accueil de l'établissement. Il a par ailleurs été transmis à l'ensemble des intervenants libéraux et fait l'objet de réunions d'information avec les équipes	Annexe 39 photo affiche règlementet Annexe 39bis émargement équipes	Se référer au courrier	Annexe 1 : CVS du [REDACTED] Annexe 28 : Règlement de fonctionnement Annexe 29 : Photo affichage et mise à disposition du règlement de fonctionnement Annexe 30 : Emargement présentation Règlement de fonctionnement aux collaborateurs	Le règlement de fonctionnement est toujours affiché à l'accueil de l'établissement et fait régulièrement partie des points abordés avec les équipes.	

par tous. s'agissant de l'affichage du règlement de fonctionnement, de l'arrêté tarifaire du Conseil Départemental sur l'hébergement, de l'arrêté d'autorisation conjoint ARS/CD ainsi que la liste des personnes qualifiées : vous avez transmis une photo montrant qu'un lutin est accessible à l'accueil et consultable par tous. Or, l'article R 311-35 CASF précise que « le règlement de fonctionnement est affiché dans les locaux de l'établissement ou du service et remis à chaque personne qui y est prise en charge ou qui y exerce, soit à titre de salarié ou d'agent										
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	public, soit à titre libéral, ou qui y intervient à titre bénévole». Les documents étant accessibles certes mais non affichés dans les locaux, il ne nous est pas possible de lever la mesure											
P 1 2	L'établissement doit formaliser une procédure écrite de signalement et de gestion du suivi des EI et EIG, et former les professionnels à celle-ci. Dans ce cadre, les signalements des EI et EIG doivent être transmis aux deux autorités de tarification et de contrôle (ATC) et en assurer le suivi. S'agissant de la formalisation écrite d'une procédure de signalement et de suivi des EI	2 Mois			le protocole de gestion et de suivi des événements indésirables a été actualisé. Les équipes seront formées en semaine 24 début juillet.		Le protocole de gestion des EIG a été actualisé et les équipes formées	ANNEXE 27 : protocole EI actualisé et feuilles d'emargement		Le protocole relatif aux EI a été actualisé en juin 2024 par les équipes de la Maison Molière, et l'utilisation de la Feuille d'EI a fait l'objet d'une formation en juin 2024 et février 2025. Un des objectifs de la nouvelle DMQ du groupe MAPAD, arrivée en octobre 2024, a été de déployer l'outil Qualineo, logiciel permettant notamment le signalement et le suivi des EI mais aussi d'alimenter directement le plan d'amélioration de la qualité à	Annexe 33 : Protocole EI Molière Annexe 34 : Emargement formation EI 06.2024 Annexe 35 : Emargement formation EI 02.2025	Avec l'arrivée de la nouvelle IDEC, de nouvelles dates de sensibilisation des équipes seront intégrées dans le plan de formation pour la fin de l'année. Ce sujet est abordé plusieurs fois dans le mois si nécessaire.

et EIG, de la transmission de ces événements aux ATC et de leur suivi, de la formation des professionnels aux procédures : vous nous indiquez que les protocoles sont en cours d'actualisation et que les équipes seront formées début juillet. A défaut de transmission de ces procédures actualisées, du contenu de la formation dispensée et des feuilles d'émargement des professionnels ayant bénéficiés de ces formations, il ne nous est pas possible de lever la mesure								travers les EI. La procédure générale MAPAD des EI et EIG a ainsi été formalisée, en incluant Qualineo. Des guides d'utilisation ont été construits pour chaque type d'utilisateur selon leur droit d'accès. A ce jour, la Maison Molière a souhaité maintenir le dispositif en place afin de ne pas perturber le fonctionnement. La DMQ a donc initié le déploiement sur les autres sites du groupe MAPAD et terminera par la Maison Molière d'ici à l'été 2025. Le but est que l'outil vienne renforcer l'existant et aide à la mise en conformité avec les attendus qualité. Les FEI ne seront pas supprimées pour autant, laissant la liberté aux collaborateurs	
--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

											d'utiliser le support de déclaration de leur choix.		
P 1 3	En matière de ressources humaines, des entretiens professionnels bisannuels pour tous les professionnels de l'établissement doivent être menés, et la gestion prévisionnelle des emplois et des parcours (GPEP) est à mettre en place. concernant la mise en place des entretiens professionnels bisannuels pour tous les professionnels de l'établissement et la gestion prévisionnelle	Immédiat pour les entretiens professionnels 4 Mois pour la GPEP	Un planning a été établi pour les entretiens professionnels	Annexe Calendrier entretiens pro					Le calendrier des entretiens professionnels a été reporté et actualisé	ANNEXE 40	La Direction de la Maison Molière a mis en place un tableau de suivi interne relatif aux entretiens professionnels, ce dernier est actualisé au fur et à mesure.	Annexe 36 : Calendrier 2025 des entretiens professionnels	Le calendrier est actualisé régulièrement; l'entretien annuel de la directrice par sa hiérarchie est prévu le 18 novembre

des emplois et des parcours (GPEP) : vous nous avez fourni un planning d'entretiens des entretiens menés par la directrice. Ce planning compte 20 entretiens alors que dans le registre du personnel fourni au 1er décembre 2023, 29 COI étaient dénombrés (dont celui de la directrice). Aussi, il manque la planification de 8 entretiens individuels ainsi que celui de la directrice avec sa propre hiérarchie. Au regard de ces éléments, il ne nous est donc pas possible de lever la mesure ;									
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Il doit être proposé, à chaque résident, la désignation d'une personne de confiance au moment de l'admission ou au cours de sa prise en charge. concernant la désignation d'une personne de confiance pour chaque résident au moment de l'admission ou au cours de sa prise en charge : vous avez fourni un exemple de contrat de séjour où la mention de la personne de confiance est bien inscrite ainsi qu'une extraction des personnes de confiance de l'ensemble des résidents. Cette extraction fait apparaître 4 résidents sous	Immédiat	La désignation de la personne de confiance est systématiquement demandée dans le contrat de séjour. Elle a été actualisée dans [REDACTED]. Une liste a été extraite avec et sans personne de confiance désignée	Annexes 18 : liste tiers personne de confiance et contrat de séjour							La désignation d'une personne de confiance (ou le refus de désignation) est systématiquement demandée lors de l'admission. Un formulaire est remis au Résident, puis les informations sont reprises dans Titan. Pour les résidents n'ayant pas désigné de personne de confiance et faisons l'objet d'une mesure de protection juridique, une recherche d'antériorité de désignation est effectuée auprès du tuteur.	Annexe 37 : Extraction [REDACTED] – Personnes de confiance Annexes 38 et 39 : Mail de tuteurs	Conformément à nos précédents envois et pour toutes les nouvelles entrées, la recherche de la personne de confiance est effectuée en systématique. Si le résident n'est pas en capacité ou refuse de désigner une personne de confiance, l'information est systématiquement notée dans le dossier. Les tuteurs sont associés à la recherche de désignation et l'information est également portée dans le dossier
--	------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

	tutelle pour lesquel la personne de confiance n'a pas été désignée. Vous ne nous avez transmis aucune information sur les raisons de la non désignation et les démarches entreprises auprès des tuteurs. Aussi, au regard de ces éléments, il ne nous est donc pas possible de lever la mesure ;											
P 1 5	L'établissement doit formaliser une politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance s'agissant de la formalisation d'une politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance : vous nous transmettez une politique	1 Mois		La politique de promotion de la bientraitance a été formalisée et intègre les actions associées.	ANNEXE N°21: DOCUMENT DECRIVANT LA PROMOTION DE LA BIENTRAITANCE			la lutte contre la maltraitance a été intégrée dans la politique de promotion de la bientraitance	ANNEXE 41 politique de promotion de la bientraitance	La lutte contre la maltraitance a été intégrée dans la politique de promotion de la bientraitance de l'établissement. Depuis la précédente inspection, différentes actions ont été menées : - Formation de 2 référents Bientraitance (09 et 10.2024) - Formation d'une partie de	Annexe 40 : Politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance Annexe 41 : Formations externes relative à la Bientraitance Annexe 42 : Charte de la bientraitance de la Maison Molière Annexe 43 : Tryptique mensuel 01 et 02.2025	Outre l'affichage du 3977 à l'accueil des 2 bâtiments, un support recto/verso avec notamment les coordonnées des référents, a été mis à disposition dans chaque chambre. Il est par ailleurs prévu de se saisir du Tableau de l'HAS sur le

de promotion de la bientraitance qui ne prend pas en compte la lutte contre la maltraitance, et notamment ne relaie pas l'information sur le n°3977. Au regard de ces éléments, nous en sommes pas en mesure de lever la mesure;									l'équipe sur la bienveillance de l'autre (09 et 10.2024) - Création d'une Charte de Bientraitance avec les équipes et les résidents (11.2024) - Intégration d'un point Bientraitance dans le tryptique mensuel des salariés dans la prolongation du 1/4h Bientraitance (depuis 01.2025) - Réflexion en cours sur un support destiné aux résidents en chambre, dont le déploiement sera effectif au 31.03.2025 - Projet de mise en place d'un carnet Bientraitance individuel pour valoriser les "bonnes" actions et partager "anonymement" les dysfonctionnements.	Annexe 44 : Projet affiche Bientraitance pour chaque chambre Annexe 45 : Photo Carnet	risque de maltraitance, pour le compléter en équipe pluridisciplinaire avant fin 2025
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

4.3 Annexe III : lettre d'information pour l'inspecté sur le contrôle du 6 mars 2025



Cabinet du Directeur général
Inspection régionale autonomie santé

Monsieur [REDACTED]
Président
SAS MAISON MOLIERE MAISON REPOS
26 Boulevard Carnot
92340 BOURG-LA-REINE

Affaire suivie par le docteur [REDACTED]
Courriel : [REDACTED]
& ars-idf-

Saint Denis, le 6 mars 2025

Référence : 2025_IDF_00015

Objet : Information d'un contrôle pour le suivi des injonctions concernant l'EHPAD « Résidence Molière » sis 26 Boulevard Carnot - 92340 Bourg-la-Reine (N°FINESS ET 920803855).

Monsieur le Président,

L'Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) « Maison Molière », géré par la société par actions simplifiée (SAS) MAISON MOLIERE MAISON REPOS, a fait l'objet le 30 novembre 2023 d'une inspection décidée et opérée conjointement par l'Agence régionale de santé (ARS) Île-de-France et les services du Conseil Départemental des Hauts-de-Seine (CD92).

Au terme d'une procédure contradictoire, engagée le 17 avril 2024 avec l'envoi du rapport d'inspection accompagnée d'un courrier envisageant l'intention de 4 injonctions¹, 15 prescriptions et 14 recommandations, vous nous avez transmis, les 17 mai et 12 juin 2024, des éléments de réponse qui ont permis de lever 2 des 15 prescriptions et 4 des 14 recommandations envisagées.

Le CD92 et l'ARS vous ont finalement notifié, le 15 juillet 2024, 4 injonctions, 13 prescriptions et 10 recommandations afin que vous mettiez en œuvre les mesures correctrices rétablissant la conformité aux dispositions réglementaires des conditions d'installation, d'organisation et de fonctionnement de l'établissement ainsi que le respect des droits et la sécurité de la prise en charge des personnes accueillies.

Ces injonctions, prescriptions et recommandations portaient notamment sur des dysfonctionnements concernant le respect des dispositions issues de la loi n° 2002-02 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, la sécurisation des locaux, l'organisation et la présence médicale et soignante, la prise en charge de l'urgence médicale, le circuit du médicament, la promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance, ainsi que la gestion des événements indésirables associés aux soins.

Un contrôle inopiné de la mise en œuvre des actions correctrices, et en particulier de celles qui ont fait l'objet d'injonctions à la suite de l'inspection de novembre 2023, débute dans votre établissement à compter de ce jour, dès la remise sur place du présent courrier.

Le contrôle est réalisé sur le fondement des articles L. 6116-1 à -3, L. 1421-1 à -3 et L. 1435-7 du Code de la santé publique (CSP) ainsi que des articles L. 133-2, L. 313-13 à -20 du Code de l'action sociale et des familles (CASF).

L'équipe missionnée pour ce contrôle se compose des personnes suivantes :

- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]

¹ Cf. Article L313-14 CASF

Qui seront accompagnés par [REDACTED] désignée
personne qualifiée en application de l'article L. 1421-1 du CSP.

Des entretiens pourront être menés avec les personnes que l'équipe de la mission jugera utile de rencontrer
immédiatement ou secondairement, sur place ou à distance en télé ou visio-conférence.

Les inspecteurs peuvent demander communication de tous les documents nécessaires à l'accomplissement de
leur mission, selon les dispositions des articles L. 1421-3 du CSP².

En particulier :

- Le médecin inspecteur pourra se voir délivrer un accès sur place et distant aux dossiers de soins et aux
dossiers médicaux présents dans le système d'information de l'établissement (avec les droits attribués à
la fonction MedCo).
- Les deux infirmières associées à la mission pourront également se voir délivrer un accès sur place et
distant aux dossiers de soins présents dans le système d'information de l'établissement (avec les droits
attribués à la fonction IDEC).

À la suite de la visite sur site un courrier de décisions administratives vous sera adressé, auquel le rapport
établissant les constats faits par la présente mission de suivi sera joint.

En cas d'application d'une des dispositions prévues aux articles L313-14.II à VI, et L313-16
à 19 CASF, ce courrier pourra faire l'objet d'une procédure contradictoire, en application des dispositions du Code
des relations entre le public et l'administration, et le cas échéant de l'article R.313-25-1 CASF.

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

Le Directeur général
de l'Agence régionale de santé
Île-de-France



Denis ROBIN

Copie à
Madame [REDACTED]
Directrice de l'Ehpad Maison Molière
16 boulevard CARNOT
92340 BOURG-LA-REINE

² 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 autres, ceux 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 ».

