

**Cabinet du Directeur général
Inspection régionale autonomie santé**

Délégation départementale des Hauts-de-Seine

Monsieur [REDACTED]
Président
Ordre de malte France
42 rue des Volontaires
75 015 PARIS

Conseil départemental des Hauts-de-Seine

Affaire suivie par : [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Saint-Denis, le

Lettre recommandée avec AR
N° 2C 197 235 2555 4

Réf : 2025_IDF_00003

Objet : Lettre de décisions - Inspection du 16/01/2025 au sein de l'EHPAD FERRARI.

Monsieur le Président,

Dans le cadre de l'orientation régionale d'inspection et de contrôle des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), une inspection conjointe a été réalisée au sein de l'EHPAD FERRARI (N°FINESS 920710373) le 16/01/2025 par l'Agence régionale de santé Île-de-France (ARS) et le Conseil départemental des Hauts-de-Seine.

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 le 4 août 2025 le rapport que m'a remis la mission d'inspection, ainsi que les 6 injonctions, 13 prescriptions et 15 recommandations que nous envisagions de vous notifier.

Vous nous avez transmis le 27/10/2025 des éléments de réponse détaillés, ce dont nous vous remercions.

Nous notons que les corrections attendues ont été apportées concernant les mesures suivantes :

- l'actualisation du projet d'établissement (I1) ;
- le retrait des données médicales dans les dossiers administratifs des résidents (I2) ;
- la conformité à l'arrêté d'autorisation (P1) ;
- l'organisation de la prise en charge à la sortie (P10) .

Ces mesures sont donc retirées.

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

Aussi, nous vous notifions à titre définitif 1 injonction partiellement maintenue, 12 prescriptions (sachant que 4 injonctions ont été partiellement ou intégralement transformées en prescriptions) et 19 recommandations (sachant que quatre prescriptions ont été totalement ou partiellement transformées en recommandations partiellement ou intégralement maintenues figurant en **annexe** du présent courrier et portant sur les points suivants :

Injonction :

- l'injonction portant sur le champ de l'alimentation est maintenue sur les sujets relatifs au trouble de la déglutition, aux prescriptions médicales des régimes et des textures médicales consignées dans les dossiers médicaux des résidents, ainsi qu'au suivi de l'IMC. (I5)

Prescriptions :

- l'injonction (I3) portant sur la sécurisation des locaux est transformée en prescription (P14) ;
- l'injonction (I4) sur le circuit du médicament est transformée en prescription partiellement maintenue (P15) portant sur le renouvellement du réfrigérateur, la traçabilité du relevé des températures des réfrigérateurs, ainsi que la traçabilité de l'administration des médicaments ;
- l'injonction (I6) sur la sécurisation du parcours de soins est transformée en prescription. Cette dernière porte désormais exclusivement sur l'évaluation du bilan gériatrique (P16) ;
- la prescription (P2) sur les documents relatifs au management et à la stratégie est partiellement maintenue sur le règlement de fonctionnement, le contrat de travail [REDACTED] et le plan bleu ;
- la prescription (P3) sur le CVS est maintenue sur la traçabilité des élections des membres du CVS ;
- la prescription (P5) sur les glissements de tâches est maintenue sur le sujet des faisant fonction AVS ;
- la prescription (P6) sur la mise en conformité des documents en lien avec la gestion des informations et les droits des résidents est partiellement maintenue sur l'état des lieux des chambres et sur le registre des entrées et des sorties à faire parapher par le maire ;
- la prescription (P7) relative à la mise en place d'un poste informatique adapté capable d'imprimer les DLU en cas de panne informatique est maintenue ;
- la prescription (P8) relative au PPI est maintenue ;
- la prescription (P9) relative à la convention avec les DASRI est maintenue ;
- la prescription (P12) sur les soins est partiellement maintenue sur le sujet du DAE et des benzodiazépines.

Recommandations :

- l'ensemble des recommandations de la lettre d'intention sont maintenues (De R1 à R15) ;
- la prescription (P4) relative aux EI est transformée en recommandation (R16) ;
- la prescription (P11) relative au projet d'animation est transformée en recommandation (R17) ;
- la prescription (P12) relative au protocole de dépistage et de lutte contre la douleur qui précise le rôle des soignants selon le type de douleur, des résultats de son évaluation, du type d'antalgique administré, de la surveillance à mettre en place est transformée en recommandation (R18) ;
- la prescription (P13) relative aux conventions avec les partenaires est transformée en recommandation (R19).

Nous appelons votre attention sur la nécessité de transmettre au Conseil départemental des Hauts-de-Seine à [REDACTED] à la Délégation départementale des Hauts-de-Seine de l'ARS, [REDACTED] les éléments de preuve documentaire permettant le suivi des mesures correctives et la levée des injonctions ainsi que des prescriptions.

Nous vous rappelons que le constat de l'absence de mise en œuvre de chacune des mesures correctives dans les délais fixés et de persistance des risques ou manquements mis en cause, peut donner lieu, en application des dispositions des articles L. 313-14 et 16 ainsi que R313-25-1 à 3 du code de l'action sociale et des familles (CASF) à une astreinte journalière, à l'interdiction de gérer toute nouvelle autorisation prévue par le CASF, à l'application d'une sanction financière, à la mise sous administration provisoire ou à la suspension ou la cessation, totale ou partielle, de l'activité de l'établissement.

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

Le présent courrier et le rapport produit à la suite de l'inspection seront publiés sur le site internet de l'Agence (<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/>) dans les jours suivants, dans un objectif de transparence de son action et de reddition de compte des missions de service public que vous assurez. Ceci s'inscrit notamment dans le cadre prévu par le Code des relations entre le public et l'administration (CRPA) avec, en particulier, la protection des données mentionnées en son article L.311-6.

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

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

Le Directeur général adjoint du Conseil départemental
des Hauts-de-Seine, Responsable du Pôle Solidarités

Copie :
Monsieur [REDACTED]
Directeur
EHPAD FERRARI
1 place Ferrari
92 140 CLAMART

Annexe : Décisions faisant suite à l'inspection réalisée le 16/01/2026 au sein de l'EHPAD FERRARI (n°FINES ET 92071037), 92140 CLAMART

Injonctions :

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision	Délai de mise en œuvre
Inj 1	1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	L'établissement doit actualiser le projet d'établissement (PE) La mesure est une injonction, car l'établissement avait déjà fait l'objet d'une injonction à ce sujet dans la lettre de décisions en date du 19 juillet 2023 à la suite de l'inspection du 28 novembre 2022. Transmettre aux autorités de tarification la planification retenue d'actualisation du PE intégrant la participation des professionnels, le compte rendu du CVS contenant la présentation du PE actualisé, le PE actualisé	L'établissement a répondu : « Le PE est actualisé (ci-joint). Il a fait l'objet d'une co-construction large avec les professionnels, les résidents et les familles. Nous vous joignons comme éléments de preuves notamment : - Le PV du CVS du 13/02/2025 : Il objective (paragraphe 4) le travail de co-construction, avec toutes les parties prenantes du Projet d'Etablissement. A noter que dans les jours qui suivent chaque CVS, une réunion spécifique avec toutes les familles qui le souhaitent est organisée. Les sujets traités en CVS y sont à nouveau partagés avec les familles. »	La mission a analysé les pièces : - le PV CVS du 13/02/2025 atteste que « le PE a fait l'objet d'une co-construction large avec les professionnels, les résidents, les familles ». - Le PE a été actualisé en 2025, il comprend toutes les thématiques essentielles relatives au fonctionnement et à la vie de l'établissement. Les éléments de preuve transmis sont satisfaisants.	Article L311-8 du CASF	L'injonction est levée.	Aucun

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision	Délai de mise en œuvre
			- Le PV du CVS signé du 27/05/2025 : paragraphe 3				
Inj 2	2.2 Gestion d'information	L'établissement doit s'assurer que les données médicales ne soient pas présentes dans les dossiers administratifs des usagers notamment en adressant aux autorités de tarifications les modalités prises pour empêcher ces manquements. La mesure est une injonction, car l'établissement avait déjà fait l'objet d'une injonction à ce sujet dans la lettre de décisions en date du 19 juillet 2023 à la suite de l'inspection du 28 novembre 2022.	L'établissement a répondu "La procédure d'admission (page 2) et la check-list des documents figurant dans le dossier administratif insistent sur l'obligation d'absence de données médicales dans le dossier administratif. Nous vous joignons comme éléments de preuves la procédure d'admission et la check-list."	La mission a analysé les pièces : - S'agissant de la procédure d'admission en date du 25/03/2025, il est écrit en rouge "avant de transmettre le dossier administratif au service concerné, l'infirmière coordinatrice s'assure qu'aucune donnée médicale ne figure dans le dossier administratif." - dans la check-list dossier administratif résident, il est également écrit en rouge "il est impératif que ce dossier administratif ne contienne aucun élément médical concernant le résident."	Article L1111-8 du CSP	L'injonction est levée.	Aucun

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision	Délai de mise en œuvre
Inj 3	2.4-Fonction support-Bâtiments, espaces extérieurs, équipements	L'établissement doit prévenir l'accès des résidents à des produits, des médicaments ou du matériel dangereux : - Sécuriser tous les locaux et toutes les salles pouvant stocker des produits, des médicaments ou du matériel dangereux (cuisine, local à lingerie, lieu de stockage des médicaments, postes de soins) L'établissement devra transmettre aux autorités de tarification : - Les comptes rendus de réunion liés à la sensibilisation des professionnels accédant aux cuisines, des soignants et ASH sur le fait de laisser systématiquement les postes de soins ou les cuisines fermés - Les devis liés aux travaux ou à l'achat de dispositif de sécurité pour les portes qui ne se ferment pas (local à lingerie, lieu de stockage des médicaments)	L'établissement a écrit : « L'établissement a formalisé une Procédure de Stockage Sécurisé des Médicaments (ci-jointe) - Nous joignons, par ailleurs : - Deux messages [REDACTED] datés des 23/05/25 et 21/08/25, adressés par notre IDEC aux personnels rappelant notamment les consignes de sécurisation des locaux contenant des médicaments ou du matériel dangereux. - Des photographies des portes de cuisine et de lingerie (serrure à code ou clef dans une boîte à clefs sécurisée) - Des photographies des portes des postes de soins et pharmacie (serrures à codes) »	Les élément de preuve transmis sont satisfaisants. Les photos ont été transmises à la mission. Elles attestent de la volonté de l'établissement de sécuriser les locaux comme l'illustrent les affichages « merci de bien vouloir verrouiller cette porte en quittant le poste de soin » sur les portes des postes de soins, sur les portes des lieux de stockage de médicaments « porte verrouillée merci ». Des notifications « passage interdit » ont également été collées sur certaines portes (linge, cuisine...). De même, la mission atteste de l'envoi de photos montrant une serrure à code sur une porte de la lingerie, et d'une boîte à clés montrant l'accès au lieu de stockage lingerie. Toutefois : Le mail de mai 2025 porte seulement sur les codes d'accès à destination des IDE. Le mail d'août 2025 n'a pas été transmis.	Article L311-3 du CASF	L'injonction est transformée en prescription (Voir prescription P14)	Voir P14

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision	Délai de mise en œuvre
				Si les affichages relatifs à l'interdiction d'accès ou au rappel de la nécessité de fermer les portes illustrent une action positive de la part de l'établissement, il est nécessaire que ce sujet soit également évoqué en réunion et retranscrit dans des comptes rendus le cas échéant. D'ailleurs, l'établissement n'a pas transmis d'éléments de preuve d'un courriel de sensibilisation sur la fermeture des portes adressé à l'ensemble des professionnels. Il est rappelé que tous les professionnels ayant accès à ces locaux/salles sensibles doivent être sensibilisés. <u>La fermeture des portes de locaux comprenant des produits ou du matériel dangereux ayant en effet été un sujet majeur le jour de l'inspection.</u> Si l'établissement constate que les réunions sont insuffisantes, par exemple : certains professionnels s'aperçoivent que les portes ne sont toujours pas systématiquement fermées,			

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision	Délai de mise en œuvre
				un protocole très précis doit être adressé aux professionnels en fonction de leurs compétences (IDE, cuisiniers...).			
Inj 4	3.8- Soins	L'établissement doit sécuriser le circuit du médicament : - Tracer quotidiennement sur la fiche correspondante le résultat du relevé de température du réfrigérateur pour les médicaments thermosensibles. - Réparer le réfrigérateur destiné au stockage de médicament du deuxième étage pour qu'il ferme correctement - Tracer en temps réel l'administration des médicaments aux résidents - Élaborer la liste préférentielle des médicaments adaptée à la population accompagnée dans l'EHPAD. L'établissement devra notamment transmettre les modalités de traçage en temps réels du relevé de température des réfrigérateurs stockant les médicaments retenus, la liste préférentielle des médicaments adaptés aux résidents, le devis lié à la réparation du réfrigérateur.	« Les réfrigérateurs du 2ème étage et de la pharmacie sont neufs : nous joignons des photos. - Nous joignons par ailleurs - Des feuilles de relevés de température des réfrigérateurs des médicaments thermosensibles - La procédure « Distribution et Administration des médicaments », indiquant les modalités de traçabilité en temps réel (pages 3 et 4) - Un rappel par mail [REDACTED], en date du 29/08/25, intitulé « sensibilisation à la validation des traitements », adressé aux infirmières, MedCo et cadres de soins - La liste préférentielle des médicaments pour la Maison	- Les photographies de réfrigérateurs ont été adressées, mais l'établissement n'a pas transmis de devis ou de justificatif d'achat d'un nouveau réfrigérateur (notamment pour le réfrigérateur du deuxième étage). La mission ne peut donc s'assurer de sa correcte fermeture. - S'agissant de la fiche de traçabilité des températures, la fiche de traçabilité est mise en place ; la température d'une des enceintes n'est pas relevé quotidiennement (relevé de températures des réfrigérateurs 3ème étage) ; en outre les valeurs de	Article L311-3 (1°) du CASF Article L311-3 (1°) du CASF Article L311-3 (3°) du CASF Article L312-12 V du CASF	L'injonction est transformée en prescription P15 partiellement maintenue sur le renouvellement du réfrigérateur ainsi que la traçabilité du relevé des températures des réfrigérateurs et de l'administration des médicaments. (Voir prescription P15)	2 mois

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision	Délai de mise en œuvre
			Ferrari, élaborée par son MédCo. »	températures des réfrigérateurs doivent être comprises entre + 2 et + 8°C. Il faut par conséquent modifier les fiches de traçabilité des températures qui ont comme intervalle de normalité ≥ 0 et $\leq 5^{\circ}\text{C}$. - S'agissant du traçage en temps réel de l'administration des médicaments aux résidents : les éléments transmis (mail de sensibilisation à la validation des trt ; procédure distribution et administration des médicaments) sont une première étape, mais ne peuvent garantir à eux seuls une meilleure traçabilité de l'administration des médicaments.			

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision	Délai de mise en œuvre
				- La liste préférentielle des médicaments transmise est adaptée à la population accueillie et comporte toutes les classes thérapeutiques utiles au traitement des résidents (La liste préférentielle des médicaments Maison Ferrari).			
Inj 5	3.4 Vie quotidienne	Dans le champ de l'alimentation, l'établissement doit : - Rechercher et tracer systématiquement dans le dossier médical du résident la présence d'un trouble de la déglutition dès son admission au sein de l'EHPAD. - Consigner les informations relatives au régime et à la texture alimentaires dans le dossier médical de chaque résident - Supplémenter les apports protidiques et caloriques des résidents dénutris, afin qu'une évolution ascendante de leur courbe de poids soit observée - S'assurer que le jeûne des résidents ne soit pas supérieur à 12H (les horaires des repas, des collations doivent être cohérentes sur le règlement de fonctionnement, sur les fiches heurées des professionnels...)	« Dans le champ de l'alimentation, l'établissement : - A formalisé un Protocole de Lutte Contre la Dénutrition et un Protocole de Collation Nocturne (ci-joints) - Recherche et trace systématiquement dans le dossier médical du résident, entre autres, d'éventuels troubles de la déglutition, nécessité de régime et/ou texture modifiée, état de dénutrition et nécessité de mesures de compensation... (dès son admission au sein de l'EHPAD).	- La traçabilité du test au verre d'eau n'apparaît dans aucun des exemples transmis ; en outre une seule détection d'un trouble de la déglutition a lieu lors de la période d'admission du résident (gestion du trouble de la déglutition exemple 1 à 4, test de déglutition [REDACTED]). - Le régime et la texture alimentaires de Mme [REDACTED] sont prescrits ; cela ne signifie	Article L311-3 (1°) du CASF Article L311-3 (3°) du CASF Article L311-3 (1°) (3°) du CASF Article L311-3 (1°) du CASF Article L311-3 (3°) du CASF	L'injonction est maintenue sur le sujet du trouble de la déglutition, sur les prescriptions médicales des régimes et des textures médicales consignées dans les dossiers médicaux des résidents, ainsi que sur le suivi de l'IMC : L'établissement doit tracer le résultat du test au verre d'eau des résidents de l'EHPAD dans leurs dossiers médicaux. Adresser les éléments de preuve.	1 mois

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision	Délai de mise en œuvre
	- Calculer mensuellement la valeur de l'indice de masse corporelle pour chaque résident, afin d'identifier son statut nutritionnel et de pouvoir le prendre en charge L'établissement devra adresser tous les éléments de preuve notamment sur : la recherche et le traçage du trouble de la déglutition chez les résidents, les informations relatives au régime et à la texture alimentaires dans le dossier médical de chaque résident, les apports protidiques et caloriques des résidents dénutris, l'IMC actualisé pour chaque résident.	- Nous joignons, pour exemples · La procédure d'admission et le formulaire de visite de préadmission (rempli par le MédCo, lors de la visite de préadmission, et constitutive du dossier médical à l'entrée) : Ces documents objectivent la recherche systématique, dès l'entrée. · Dossier médical d'entrée de Mme ■■■ · Recueil d'informations à l'entrée de Mme ■■■, par l'IDE, consignait systématiquement les informations relatives au régime et à la texture alimentaires · Test de déglutition de ■■■ · Demande d'évaluation orthophonique pour ■■■ · Passage de l'orthophoniste pour ■■■ (deux documents)	cependant que tous les résidents ont un régime et une texture prescrits et que ces informations sont présentes dans les dossiers médicaux des résidents ; (prescription formelle collation nocturne ■■■■) - Le protocole de lutte contre la dénutrition précise le contexte de prescription d'un régime hypercalorique / hyperprotidique ; la courbe pondérale de ■■■■ comporte deux mesures de poids effectués à deux mois distance, et la deuxième valeur de poids mesurée est plus grande que celle évaluée deux mois avant = évolution ascendante de la courbe de poids (protocole de lutte contre la dénutrition,		Adresser les éléments probants démontrant que sont tracés dans les dossiers médicaux les régimes et les textures prescrits des résidents concernés par ces mesures. L'établissement doit assurer un suivi nutritionnel mensuel des résidents par un calcul de la valeur de l'IMC pour chaque résident. Adresser tous les éléments probants.	1 mois

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision	Délai de mise en œuvre
			- La supplémentation des apports protidiques et caloriques de [REDACTED], et le suivi de l'évolution ascendante de sa courbe de poids (trois documents) - Une prescription de collation nocturne pour [REDACTED]. Si le jeûne nocturne des résidents n'est pas supérieur à 12H (fin des repas à 20h et distribution des petits-déjeuners à 8h), des collations sont prévues à disposition des résidents. Si nécessaire, ces collations nocturnes peuvent en outre faire l'objet d'une prescription médicale formelle. - Une évolution du suivi nutritionnel et IMC de [REDACTED] - Des Exemples sur la gestion du trouble de la déglutition (quatre documents) »	suivi nutritionnel [REDACTED] [REDACTED] bilan et supplémentation des apports protidiques et caloriques de [REDACTED] Un protocole de collation nocturne a été élaboré et prend en compte tous les résidents de l'EHPAD quel que soit leur statut nutritionnel ou leurs ATCD personnels (protocole de collation nocturne). L'exemple proposé (évolution du suivi nutritionnel [REDACTED]) montre que les poids sont mesurés et que l'IMC est calculé seulement trois fois sur les cinq mois analysés ; par conséquent le suivi nutritionnel de cette résidente n'est pas mensuel.			
Inj 6	3.8 soins	L'établissement doit sécuriser le parcours en soins en : Traçant systématiquement, dans le dossier médical de chaque résident nouvellement admis	L'établissement a écrit : « Cette démarche est formalisée dans le formulaire de visite de préadmission (rempli par le	Deux exemples d'évaluation du bilan gériatrique ont été proposées mais aucun des deux n'est complet ; en effet,	Article L311-3 (3°) du CASF	L'injonction est transformée en prescription. Celle-ci	Dès les prochaines

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision	Délai de mise en œuvre
	dans l'EHPAD, les résultats issus de l'évaluation du bilan gériatrique réalisé lors de cette admission au sein de la structure - S'assurant d'une observation médicale complète lors de l'admission d'un résident au sein de l'EHPAD à savoir les antécédents personnels, histoire de la maladie, les allergies, l'examen clinique, le traitement médicamenteux à l'admission, la conclusion) Transmettre les documents anonymisés relatifs à la prochaine admission.	MédCo au moment de la visite de préadmission) et dans la procédure d'admission de la Maison Ferrari (Cf. notamment page 2) : nous joignons ces deux documents - Nous joignons : - Un exemple de fiche de visite de préadmission remplie (fiche de visite de préadmission remplie [REDACTED]) - Le dossier médical d'entrée [REDACTED] - Le dossier de liaison de [REDACTED]	l'évaluation du risque d'escarre (e.g. Braden), l'évaluation du risque de chute (e.g. Tinetti), l'évaluation du risque de dénutrition (e.g. MNA) ne sont pas effectuées dès l'admission d'un nouveau résident. (Dossier d'entrée [REDACTED], dossier de liaison [REDACTED] recueil d'informations à l'entrée de [REDACTED])	Article L311-3 (1°) (3°) du CASF	porte exclusivement sur l'évaluation du bilan gériatrique (voir prescription P16).	admissions.

• **Prescriptions**

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision	Délai de mise en œuvre
Pre sc 1	1.1- Gouvernance-Conformité aux décisions de	L'établissement doit se conformer aux conditions d'autorisation en : S'assurant que le taux d'occupation annuel de l'établissement en	L'établissement a écrit : « Depuis le 1er janvier 2025, l'établissement totalise 162 chambres disponibles. Au 31/09/25, nous avons réalisé [REDACTED] Nous joignons la liste	Pour rappel, l'arrêté d'autorisation de 2023 précise que l'établissement dispose [REDACTED]	Article R314-160 du CASF, arrêté du 28	La prescription est retirée.	Aucune

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision	Délai de mise en œuvre
	l'autorisation ou de la déclaration	hébergement permanent se rapproche des 95%. Transmettre la liste actualisée des résidents (date d'arrivée apparente)	actualisée des résidents au 23/10/2025, avec leur date d'arrivée (161 résidents/162 places disponibles) »	[REDACTED] Il a été transmis une liste actualisée des résidents. Toutefois, celle-ci ne distingue pas les résidents en hébergement permanent des résidents en hébergement temporaire. Il faut donc se reporter au document datant de la mi-octobre 2025 relatif à l'actualisation des PAP répertoriant les résidents en hébergement permanent et temporaire précisant également les dates d'entrées et les derniers décès. Il apparaît que 148 résidents sont en hébergement permanent (HP) sur [REDACTED] soit un taux d'occupation de 96,7%.	septembre 2017 relatif au seuil mentionné à l'article R314-160 du CASF		
Pre sc 2	1.2- Gouvernance-Management et Stratégie	L'établissement doit préciser, réaliser ou afficher des documents en lien avec le management et la stratégie en : - Complétant le règlement de fonctionnement sur les mesures à prendre en cas d'urgence, les modalités de rétablissement des	« Nous joignons : · Le Plan Bleu 2025 · Les PV des CVS des 13/02/2025 et 27/05/2025 au cours desquels le Plan Bleu 2025 a été présenté, travaillé puis validé. · Les photographies des affichages, dans notre grand hall d'entrée, du dernier PV du CVS et de la composition actuelle du CVS.	Le contenu du plan bleu est très exhaustif et mentionne différentes thématiques : le plan canicule, les épidémies, les défaillances électriques, les risques liés aux intempéries. Les modalités de retour à la normale sont précisées à plusieurs reprises.	Articles R311-35 et R311-36 du CASF	La prescription est partiellement levée et porte seulement sur le règlement de fonctionnement, le contrat de travail [REDACTED] et le plan bleu.	4 mois

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision	Délai de mise en œuvre
		prestations dispensées lorsqu'elles ont été interrompues, les modalités de déplacement et rectifiant le RF sur le sujet relatif aux marquages du linge - Transmettant le plan bleu de l'année 2025 - Précisant dans le contrat de travail [REDACTED] - Affichant dans les locaux le dernier PV du CVS et la composition actuelle du CVS (transmettre les photographies des affichages)	. Le règlement de fonctionnement et le contrat de travail [REDACTED] »	Le plan bleu bien qu'il mentionne l'année 2025 n'est pas entièrement actualisé, il est par exemple écrit à plusieurs reprises « conseil général », les annexes ne sont pas systématiquement actualisées. Certaines informations remontent à 2021. Le plan n'intègre pas un plan de formation des personnels de l'établissement aux situations exceptionnelles (article R311-38-1 du CASF). Il est attesté que le plan bleu a été présenté en CVS. Il est également attesté que les documents relatifs au CVS ont bien été affichés. Le règlement de fonctionnement et le contrat du MédCo n'ont pas été transmis.	Article L311-8 (2eme alinéa) du CASF Article D312-159-1 du CASF Article D311-38-4 du CASF	L'établissement doit transmettre le règlement de fonctionnement ainsi que le contrat de travail [REDACTED] Le prochain plan de formation devra intégrer une programmation de formation(s) des personnels de l'établissement aux situations exceptionnelles (article R311-38-1 du CASF).	
Pre sc 3	1.3- Gouvernance- Animation et fonctionnement des instances	L'établissement doit s'assurer que le CVS : - Se réunisse au moins trois fois par an - Fasse signer les comptes rendus par le Président du CVS	« Les CVS se réunissent trois fois par an : - En 2024 : les 28/03, 27/06 et 21/11 - En 2025 : les 13/02, 27/05 et 23/10 - Nous joignons :	La consultation et l'analyse des différents comptes rendus et des pièces transmises répondent aux attendus Il est pris bonne note que l'établissement transmettra aux autorités la traçabilité des	Article D311-10 du CASF Article D311-20 du CASF	La prescription est partiellement levée et porte seulement sur la traçabilité des élections des membres du CVS.	Lors des prochaines élections des membres du CVS

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision	Délai de mise en œuvre
		- Assurer une traçabilité des élections des membres du CVS - Soit informé des EIG, dysfonctionnements importants et des actions correctrices mises en œuvre L'établissement transmettra notamment aux autorités de contrôle et de tarification la traçabilité des élections des membres du CVS, les ordres du jour indiquant la présentation du bilan des EIG et des dysfonctionnements importants.	- Les derniers PV des CVS signés - La convocation au CVS du 23/10/25 signée - Les PV des CVS montrent bien qu'un bilan de tous les événements indésirables et mais aussi des plaintes et dysfonctionnements, le cas échéant, est fait au CVS. - L'établissement ne manquera pas de transmettre aux autorités de contrôle la traçabilité des prochaines élections des membres du CVS. »	prochaines élections des membres du CVS.	Article D311-16 du CASF Article R331-10 du CASF	L'établissement doit transmettre aux autorités de tarification la traçabilité des convocations et résultats des prochaines élections des membres du CVS.	
Pre sc 4	1.5- Gouvernance- Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Dans le champ des événements indésirables et des chutes, l'établissement doit : - Sensibiliser l'ensemble des salariés sur le concept d'événement indésirable et insister sur l'importance de les déclarer (en adressant à l'ARS les comptes rendus de réunion à ce sujet et si possible en adressant la	« Nous joignons : - Le Formulaire de Déclaration d'Événement Indésirable (simple, en noir, ou grave, en rouge). Celui-ci est à disposition de tout salarié, résident(e) et famille. Il a fait l'objet d'une large communication et a, notamment, été présenté et travaillé en CVS (Cf. PV du CVS du 27/05/25 (Cf. pièces jointes).	La mission a pris connaissance des documents suivants : - La fiche de signalement datant du 27 janvier 2025. Celle-ci comporte les informations essentielles. - La procédure de gestion d'un événement indésirable du 30/09/2019 et la fiche déclaration des EI de juin 2023. Cette dernière illustre quels sont les différents EI possibles. En revanche, la mission rappelle qu'une dégradation ou	Article L311-3 du CASF Article L311-3 (1°) du CASF	La prescription est transformée en recommandation (voir recommandation R16).	Aucun

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision	Délai de mise en œuvre
		liste des formations sur ce sujet) - Elaborer une conduite à tenir en cas de chute d'un résident, afin que sa prise en charge soit en accord avec les recommandations de bonnes pratiques gériatriques et soit homogénéisée au sein de l'EHPAD. - Déclarer l'ensemble des EIG ayant eu lieu les 6 derniers mois avant la réception de la présente lettre d'intention et déclarer tous les prochains EIG L'établissement devra transmettre aux autorités de contrôle et de tarification, la procédure élaborée concernant les chutes, la déclaration des EI, les fiches de présences des salariés aux temps de sensibilisation et le support choisi pour sensibiliser les professionnels aux EI.	- La Procédure de Signalement des Evénements Indésirables Graves des établissements de l'Ordre de Malte. - La Procédure de Gestion des Evénements Indésirables des établissements de l'Ordre de Malte. - Les feuilles de présence aux réunions du personnel, tous métiers confondus, de 2025 indiquant notamment la sensibilisation au traitement des EI et EIG (De nombreuses autres réunions ont eu lieu les années précédentes). - La Procédure En Cas de Chute. »	un acte de malveillance n'est pas un simple EI. Le document précise toutefois que la maltraitance est un EIG. - Les listes d'émargement des réunions du personnel (11 mars, 23 mai, 7 juin) démontrent qu'il y a davantage de sensibilisations aux EI/EIG auprès du personnel ; - la procédure en cas de chute datant du 24/03/2024. Celle-ci comporte les informations nécessaires à leur prise en charge.	Article L331-8-1 du CASF et l'arrêté du 28/12/2016		
Pre sc 5	2.1 Gestion des ressources humaines	L'établissement doit prévenir les risques de glissement de tâche en : - Mettant en conformité le [REDACTED] d'un [REDACTED]	L'établissement a répondu : - "Nous joignons le contrat initial [REDACTED] ainsi que le contrat actuel actant la modification de son statut.	Les documents transmis ont été analysés : - L'avenant au contrat de travail stipule que la professionnelle	Article L4391-1 du CSP et arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation	La prescription est partiellement maintenue sur le sujet des faisant fonctions AVS	2 mois

13 rue du Landy
93200 Saint-Denis
Tél : 01 44 02 09 00
www.iledefrance.ars.sante.fr

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision	Délai de mise en œuvre
		- S'assurer que chaque résident ait une personne de confiance ou de rédiger le motif de non-désignation d'une personne de confiance Transmettre aux autorités de contrôle et de tarification la copie du registre des entrées et sorties paraphé par le maire, la procédure systématisant l'état des lieux entrant et sortant, les modalités permettant la désignation systématique de la personne de confiance, les modalités retenues afin que les données médicales n'apparaissent pas dans le dossier du résident.	- La procédure d'admission ainsi que le formulaire de visite de préadmission (ci-joints) prévoient le recueil systématique de la personne de confiance. » -Concernant les modalités retenues afin que les données médicales n'apparaissent pas dans le dossier du résident, nous reprenons Nos observations au paragraphe « Inj.2 2.2 Gestion d'information », où nous indiquons que la procédure d'admission (page 2) et la check-list des documents figurant dans le dossier administratif insistent sur l'obligation d'absence de données médicales dans le dossier administratif. Nous vous joignons comme éléments de preuves la procédure d'admission et la check-list. »	dossiers administratifs des résidents.		obligatoires du dossier administratif du résident « l'état des lieux d'entrée-sortie »	
Pre sc 7	2.2 Gestion d'information	Mettre en place une organisation du système informatique de l'EHPAD permettant d'imprimer à tout moment le dossier de liaison d'urgence Transmettre aux autorités de contrôle et de tarification la procédure permettant l'impression à tout moment du DLU.	« Le DLU est extrait automatiquement de notre logiciel [REDACTED] Chaque poste de soin est équipé d'une imprimante permettant de l'imprimer à chaque fois que nécessaire. Nous joignons le DLU de Mme H. »	La structure n'a pas répondu conformément à la problématique sous-tendue par la prescription 7. Celle-ci porte sur le constat que les DLU sont disponibles au sein de l'EHPAD exclusivement sous format informatisé. ([REDACTED]) Ainsi, en cas de panne informatique, l'EHPAD doit disposer d'une solution de secours (par exemple une version papier déjà imprimée ou	Article L311-3 (1°) du CASF	La prescription est maintenue : - l'établissement doit rédiger une procédure et mettre en place une organisation capable de palier à une panne informatique rendant l'impression des DLU impossible.	1 mois

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision	Délai de mise en œuvre
				un poste informatique indépendant raccordé à une imprimante)		-l'établissement doit adresser éléments de preuve probants	
Pre sc 8	2.3 Locaux	Établir un plan d'investissement et de travaux pluriannuel (PPI) afin de renouveler les équipements et d'améliorer la qualité de vie dans l'établissement pour les résidents L'établissement devra transmettre aux autorités de contrôle et de tarification le PPI actualisé	L'établissement n'a pas apporté d'éléments de réponse.	L'établissement n'a pas apporté d'éléments de réponse.	Article L311-3 du CASF	La prescription est maintenue. Transmettre aux autorités de contrôle et de tarification le PPI actualisé.	5 mois
Pre sc 9	2.4 Sécurité	Mettre en place une convention pour l'élimination des DASRI	« Nous joignons la Procédure Evacuation Des Déchets d'Activité à Risques Infectieux (DASRI) »	La structure a transmis une procédure évacuation DASRI ; la convention avec le prestataire qui assure cette activité n'a pas été transmise (procédure évacuation DASRI).	Article R1335-3 du CSP	La prescription est maintenue.	1 mois
Pre sc 10	3.1 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Pour s'assurer d'une prise en charge efficiente de l'admission à la sortie, l'établissement doit : - Mettre en œuvre une actualisation effective des projets individuels d'accompagnement pour l'ensemble des résidents, les faire signer par les résidents ou les représentants légaux et les contractualiser par un avenant au contrat de séjour. À la procédure devra être annexée un retroplanning d'actualisation indiquant	« Nous joignons : · Une analyse globale de la mise en œuvre des Projets d'Accompagnement Personnalisés (PAP), avec une mise à jour et une réactualisation effective sur l'année 2025. · Des exemples de PAP de résidents du 1er étage (signés et avec émargement équipes) · Des exemples de PAP de résidents du 2ème étage (signés et avec émargement équipes)	Les éléments adressés par l'établissement sont probants.	Article L311-3(3°) du CASF Articles L311-3 (3° et 7°) du CASF, D312-155-0 du CASF, D311 du CASF	La prescription est levée.	Aucun

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision	Délai de mise en œuvre
		par résident les dates de réalisation, de révision des projets individuels. L'actualisation des PAI devra se rapprocher au maximum d'une fréquence annuelle.	- Des exemples de PAP de résidents du 3ème étage (signés et avec émargement équipes) - Des exemples de PAP de résidents du Rez-de-chaussée (signés et avec émargement équipes) - Une réévaluation, à jour d'octobre 2025, du suivi des PAP - Notre Procédure de Réalisation du Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP) de La Personne Accompagnée »				
Pre sc 11	3.3 Vie sociale et relationnelle	L'établissement doit formaliser les documents obligatoires relatifs à la vie sociale et relationnelle : - Rédiger le projet d'animation et l'intégrer au prochain projet d'établissement - Formaliser l'enquête de satisfaction de 2025 qui n'était pas exploitable en l'état. L'établissement devra notamment transmettre aux autorités de contrôle et de tarification le projet d'animation renouvelé et les	« Nous joignons le projet d'animation 2024-2025. Ce dernier constitue également l'annexe 4 du Projet d'Etablissement 2025-2029 (ci-joint) L'établissement a conduit plusieurs enquêtes de satisfaction, au cours de l'année 2025. Les premières ont fait l'objet notamment d'une présentation aux CVS et figurent dans les PV des CVS (ci-joints). Nous joignons également la présentation de la dernière enquête d'octobre 2025 (présentée au CVS du 23/10/2025) ainsi que son texte de précisions (Cf. pièces jointes) »	Le projet d'animation 2024-2025 avec les grands axes a été adressé à la mission, les indicateurs pour chaque objectif visé ne sont pas indiqués ; Les animations sont accessibles sur l'application ■■■■■■ Il est pris acte que l'enquête de satisfaction réalisée est très récente et a été présentée en CVS.	Article L311-8 du CASF Article D311-15 (III) du CASF	La prescription est transformée en recommandation (voir recommandation R17).	Aucun

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision	Délai de mise en œuvre
		résultats de la dernière enquête de satisfaction.					
Pre sc 12	3.6 Soins	Sur la partie médicale ou soins, l'établissement doit : - Sceller le sac d'urgence après chaque utilisation une fois que les produits utilisés ont été remplacés - Disposer d'un DAE pour la prise en charge des urgences vitales au sein de l'EHPAD - Élaborer un protocole de dépistage et de lutte contre la douleur qui précise les rôles des soignants selon le type de douleur, des résultats de son évaluation (son intensité), du type d'antalgique administré, de la surveillance à mettre en place - Respecter la durée maximale de prescription des benzodiazépines qui est égale à 30 jours	- Nous joignons les photographies des scellés du sac d'urgence soins palliatifs et du chariot de soins d'urgences - L'établissement a installé un DAE dans le couloir du 1er étage, en face du poste de soins. - Nous joignons plusieurs situations de prise en charge de la douleur : - Prise en charge douleur [REDACTED] Douleur neuropathique - Prise en charge douleur [REDACTED] - Evaluation de la douleur les doses en systématique avant les soins - Prise en charge douleur [REDACTED] - les prescriptions morphiniques avec les précautions - Prise en charge douleur [REDACTED] - HAD - Prise en charge douleur [REDACTED] - Algoplus - Nous joignons notre Procédure d'Evaluation de la Douleur et notre Protocole	Les photographies transmises prouvent que le chariot d'urgence et le sac d'urgence pour la prise en charge des soins palliatifs ont été scellés au moment de leur prise (scellé chariot d'urgence ; scellés sac urgence soins palliatifs 1 et 2 ; sac d'urgence soins palliatifs) Aucune preuve d'achat d'un DAE n'a été communiquée aux membres de la mission d'inspection ; la direction de l'établissement déclare qu'un DAE a été installé dans le couloir du premier étage en face du poste de soins (aucune pièce témoignant de l'acquisition d'un DAE n'est communiquée). Le DAE n'est pas disposé dans un lieu accessible à tout public (soignants, professionnels, proches des résidents...). Dans sa procédure de prise en charge de la douleur, l'établissement ne définit pas la douleur, ne présente pas son cadre réglementaire, les différents types de douleur, une	Article L311-3 (1°) du CASF Décret n°2018-1186 du 19 décembre 2018 relatif aux défibrillateurs automatisés externes. Article L1112-4 du CSP Arrêté du 7 octobre 1991	La prescription est partiellement maintenue et porte sur le DAE et les benzodiazépines : L'établissement doit adresser les preuves d'achat du DAE et d'accessibilité à tout public en transmettant notamment la facture acquittée de l'achat du DAE, les photographies de l'emplacement de celui-ci... L'établissement devra adresser une procédure actualisée sur la durée de la prescription des benzodiazépines et transmettre les dernières prescriptions de benzodiazépines des résidents	1 mois

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision	Délai de mise en œuvre
			de Prise en Charge de la Douleur (Cf. Pièces jointes)	conduite à tenir en accord avec le TYPE de douleur et son intensité (à l'aide par exemple d'un arbre décisionnel.)(Prise en charge douleur [REDACTED] – Douleur neuropathique ; Prise en charge douleur Mme L - Evaluation de la douleur les doses en systématique avant les soins ; Prise en charge douleur Mme [REDACTED] les prescriptions morphiniques avec les précautions ; Prise en charge douleur Mme [REDACTED] – HAD ; Prise en charge douleur Mme [REDACTED] ; Procédure d'Evaluation de la Douleur ; Protocole de Prise en Charge de la Douleur). Aucun élément de preuve n'a été transmis sur le sujet des Benzodiazépines (-).		concernés en s'assurant du respect de la durée maximale de prescription. La prescription relative à la prise en charge de la douleur est transformée en recommandation (voir recommandation R18).	
Pre sc 13	4.1 Conventions	L'établissement doit formaliser les conventions avec : les établissements de santé, les médecins libéraux, l'officine de pharmacie, la HAD	L'établissement a répondu : « La Maison Ferrari a établi de très nombreuses conventions avec de très nombreux partenaires sur son territoire. Nous nous limitons à joindre les conventions demandées par la mission d'inspection, à savoir : - Convention avec les hôpita [REDACTED]	Il est pris acte de la réception des conventions signées par les parties prenantes. Toutefois, certaines d'entre elles n'ont pas été actualisées depuis plusieurs années (2014 par exemple s'agissant de la convention avec l'officine de pharmacie). Il est pris bonne note que les reconductions étaient tacites, bien que ces	Articles D312-155-0 (15°); R313-30-1 du CASF, L5126-10 II du CSP Décret n° 2007-241 du 22 février 2007 relatif à l'intervention des structures d'HAD dans les EHPA et modifiant le code de la santé publique (dispositions	La prescription est transformée en recommandation (voir recommandation R19).	Aucun

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision	Délai de mise en œuvre
			- Convention avec l'officine de pharmacie - Convention avec une HAD (sachant que la Maison Ferrari est également conventionnée avec la HAD de l'AP-HP et travaille avec ces deux HAD) - Convention avec le Laboratoire d'Analyses Médicales »	conventions se réfèrent à des articles qui ont été modifiés ou abrogés.	réglementaires) et le code de la sécurité sociale (2e partie : décrets en Conseil d'Etat) ; et Circulaire DHOS/O3/DGAS/2 C n° 2007-365 du 5 octobre 2007 relative aux modalités d'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Et le dernier décret du 31 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité d'hospitalisation à domicile.		
P14	2.4-Fonction support-Bâtiments, espaces extérieurs, équipements	Voir I3	Voir I3	Voir I3	Voir I3	La mission considère que la sécurisation des locaux doit encore être renforcée.	1 mois

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision	Délai de mise en œuvre
						L'établissement doit transmettre aux autorités : les comptes rendus de réunion liés à la sécurisation des locaux avec une liste d'émargement des participants et/ ou la réalisation de protocoles de sécurisation des locaux de soins, de lingerie, de stockage de produits ou de médicaments qui sera adressée à l'ensemble des professionnels accédant à des locaux « dangereux pour les usagers » en fonction de leurs compétences (IDE, cuisiniers...).	
P15	3.8- Soins	Voir I4	Voir I4	Voir I4	Voir I4	L'établissement doit adresser les factures acquittées ou autres justificatifs attestant des achats des nouveaux réfrigérateurs.	2 mois

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision	Délai de mise en œuvre
						L'établissement doit modifier les fiches de traçabilité des températures qui ont comme intervalle de normalité ≥ 0 et $\leq 5^{\circ}\text{C}$. et les remplacer par 2°C à 8°C. S'agissant de la traçabilité de l'administration des médicaments, l'établissement doit assurer une formation interne avec émargement pour l'ensemble des professionnels concernés sur l'administration des médicaments et au contrôle de l'effectivité par l'IDEC et/ou le MédCo et transmettre la copie de traçabilité de l'administration des médicaments à l'ensemble des usagers des mois n+1 et n+2. Le mois n'étant celui de la réception de la	

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision	Délai de mise en œuvre
						présente lettre de décisions.	
P16	3.8-Soins	Voir I6	Voir I6	Voir I6	Voir I6	L'établissement doit s'assurer que l'évaluation du risque d'escarre (ie échelle de Braden par exemple) ou l'évaluation du risque de dénutrition (test MNA par exemple) et l'évaluation du risque de chute (test de Tinetti par exemple) soient effectuées.	Dès la prochaine admission

• **Recommandations**

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision
Reco 1	1.1- Gouvernance- Conformité aux décisions de l'autorisation ou de la déclaration	Il est recommandé à l'établissement de : - Actualiser les plans de sécurité incendie - limiter le dispositif de séjour temporaire à 90 jours	Aucun élément de réponse n'a été apporté.	Aucun élément de réponse n'a été apporté.	DGCS/SD3 A n°2011-444 du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisati	La recommandation est maintenue.

	Thèmes et Sous- Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision
					on de l'accueil de jour et de l'hébergem ent temporaire	
Re co 2	1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	Concernant les documents relatifs au management et à la stratégie il est recommandé à l'établissement de : - Retranscrire l'ensemble des noms des salariés et de dater l'organigramme - Actualiser la lettre de subdélégation du directeur des établissements vers le directeur de l'EHPAD - Actualiser le registre unique du personnel	Aucun élément de réponse n'a été apporté.	Aucun élément de réponse n'a été apporté.		La recommandation est maintenue.
Re co 3	1.4- Gouvernance- Gestion de la qualité	Il est recommandé à l'établissement de formaliser un plan d'amélioration continue de la qualité	Aucun élément de réponse n'a été apporté.	Aucun élément de réponse n'a été apporté.		La recommandation est maintenue.
Re co 4	1.5- Gouvernance- Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Dans la gestion des risques, il est recommandé à l'établissement de : - Préciser la procédure relative aux réclamations dans le RF et mettre en place des boîtes aux lettres pour déposer les réclamations -Préciser les protocoles relatifs aux EI quant à la mise en place de réunions annuelles faisant le bilan des EI/EIG qui ont eu lieu au sein de l'établissement, des mesures qui ont été prises ou doivent être prises.	Aucun élément de réponse n'a été apporté.	Aucun élément de réponse n'a été apporté.		La recommandation est maintenue.

	Thèmes et Sous- Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision
		- Organiser des Retex sur des événements graves et sur les chutes, qui sont nombreuses au sein de l'établissement. - Préciser la fréquence, le niveau de criticité, le niveau de risque des événements sur les documents d'extraction et les bilans relatifs aux EI				
Re co 5	2.1 Gestion des RH	Au niveau de la gestion des ressources humaines, il est recommandé à l'établissement : - D'atteindre le [REDACTED] ETP d'IDE - D'atteindre les [REDACTED] d'AS AES AMP - D'établir des fiches de poste signées pour tous les salariés. - D'inscrire sur le plan de formation, les temps dédiés à la formation et à l'évaluation de l'aide à l'administration de médicaments pour les AS en présence des infirmiers - De mettre en œuvre des actions de prévention en lien avec les risques professionnels identifiés sur le DUERP avec des responsables identifiés par action avec des échéances à tenir.	Aucun élément de réponse n'a été apporté.	Aucun élément de réponse n'a été apporté.	Critères CPOM ARS IDF avec les EHPAD L4121-3 du code du travail.	La recommandation est maintenue.
Re co 6	Gestion d'information	Il est recommandé à l'établissement de faire en sorte que les directives anticipées ou les attestations confirmant que les résidents ne souhaitent pas les renseigner soient présentes dans les dossiers administratifs des résidents.	Aucun élément de réponse n'a été apporté.	Aucun élément de réponse n'a été apporté.		La recommandation est maintenue.
Re co 7	Bâtiments, espaces extérieurs	Au niveau de la gestion des locaux, des espaces et équipements, il est recommandé à l'établissement : - De ne pas obstruer les sorties de secours	Aucun élément de réponse n'a été apporté.	Aucun élément de réponse n'a été apporté.		La recommandation est maintenue.

	Thèmes et Sous- Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision
		- De compléter dans le registre de sécurité : les consignes et procédures en cas d'incendie, les dernières dates de formation des personnel, les dates de contrôle et de vérification des installations, ainsi que les levées de réserve, le suivi des travaux réalisés par les entreprises avec les dates, la nature des travaux et le nom des entreprises. - Installer des rails de transfert compte tenu du GMP et du PMP au sein de l'EHPAD				
Re co 8	2.4 Sécurité	Au niveau de la gestion des déchets, il est recommandé à l'établissement de : - Mettre en place un système de tri et de valorisation des déchets de l'établissement et une procédure relative à l'organisation et au tri des déchets - Mettre en place un système de ventilation, une cuvette de rétention au sein de l'espace collecte des DASRI au rez-de-chaussée	Aucun élément de réponse n'a été apporté.	Aucun élément de réponse n'a été apporté.		La recommandation est maintenue.
Re co 9	2.4 Sécurité	Il est recommandé à l'établissement d'analyser le journal des appels malades et de l'inscrire au PACQ afin de développer des leviers assurant une réponse rapide et de veiller à ce que les temps de réponse ne soient pas trop élevés en moyenne.	Aucun élément de réponse n'a été apporté.	Aucun élément de réponse n'a été apporté.		La recommandation est maintenue.
Re co 10	3.1 Organisation de la prise en charge de	Pour l'organisation de la prise en charge du résident de l'admission à la sortie, il est recommandé à l'établissement de : - Compléter la procédure d'admission et d'y consigner les professionnels qui	Aucun élément de réponse n'a été apporté.	Aucun élément de réponse n'a été apporté.		La recommandation est maintenue.

	Thèmes et Sous- Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision
	l'admission à la sortie	participent à l'évaluation des différentes dimensions du bilan gériatrique réalisé dans les suites immédiates de l'admission du résident dans l'EHPAD. - Préciser dans le projet spécifique à l'UVP, le contexte dans lequel une réévaluation des capacités cognitives et comportementales d'un résident est nécessaire, ainsi que les modalités utilisées pour ces évaluations. - Définir des critères identiques d'admission et de sortie des résidents pour le projet spécifique à l'UVP et la procédure intitulée « critères de passage à l'UVP », pour faciliter la prise de décision lors de ces deux étapes de la prise en charge à l'UVP. - Assurer la désignation d'un référent du projet personnalisé par résident, dont la mission est d'assurer le relais entre les équipes et les proches afin d'apporter une fluidité de parcours tout au long du séjour - Consigner dans les dossiers médicaux une synthèse médicale annuelle				
Re co 11	3.2 Respect des droits des personnes	Afin de garantir le droit des personnes, il est recommandé à l'établissement : - Mettre en place des espaces privatifs accessibles et dédiés aux familles - Préciser dans la procédure relative à la mise en place de contention les critères pour la réalisation de la réévaluation - De tracer dans les dossiers médicaux des résidents, les conclusions de	Aucun élément de réponse n'a été apporté.	Aucun élément de réponse n'a été apporté.		La recommandation est maintenue.

	Thèmes et Sous- Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision
		l'analyse de la balance bénéfice/risque pour la mise en place d'une contention. - Lors de la mise en place d'une contention dans un contexte d'urgence, qui permet de s'affranchir de la demande de consentement au moment de sa prescription, il serait nécessaire cependant d'obtenir le consentement du résident ou de son représentant légal dès que sa situation clinique ou le contact avec le représentant légal le permettent. - Consigner dans le dossier médical du résident concerné par une contention, la date prévue pour la réévaluation ainsi que les éléments à recueillir lors de celle-ci.				
Re co 12	3.4 vie quotidienne et hébergement	Dans le champ de l'alimentation et de l'hydratation, il est recommandé à l'établissement de : - Désigner un professionnel pour s'assurer du respect du cahier des charges de la restauration, notamment des apports nutritionnels, de la composition des menus. - Compléter la procédure de diagnostic de la dénutrition chez la personne âgée par les délais établis pour l'évaluation régulière de chaque critère de diagnostic de dénutrition chez les résidents, ainsi que les professionnels en charge du recueil de chaque critère. - Spécifier dans le protocole de lutte contre la dénutrition l'intérêt et la	Aucun élément de réponse n'a été apporté.	Aucun élément de réponse n'a été apporté.	Diagnostic de la dénutrition	La recommandation est maintenue.

	Thèmes et Sous- Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision
		fréquence de dosage des critères biologiques (e.g. albuminémie) du suivi nutritionnel. - Établir le cadre d'application de cette fiche d'alerte nutrition et identifier les professionnels impliqués dans les évaluations qui y sont consignées. - Évaluer mensuellement le poids de tous les résidents conformément aux recommandations de la HAS en la matière - Administrer les perfusions de réhydratation des résidents déshydratés lorsqu'une présence infirmière est effective au sein de l'EHPAD. La surveillance d'une perfusion sous-cutanée peut être assurée par une AS en collaboration avec les IDE et sous leur responsabilité (Cf R4311-3 CSP) via un protocole. En revanche, l'AS ne pourra pas reposer la perfusion en cas de complication.			chez la personne de 70 ans et plus, HAS, 2021	
Re co 13	3.4 Vie quotidienne et hébergement	Il est recommandé à l'établissement d'afficher les procédures de circuit du linge dans la lingerie et la traçabilité de leur prise de connaissance par les professionnels.	Aucun élément de réponse n'a été apporté.	Aucun élément de réponse n'a été apporté.		La recommandation est maintenue.
Re co 14	3.8 Soins	Dans le champ des soins, il est recommandé à l'établissement de : - Préciser dans le protocole de vaccination antigrippale : la période prévue de vaccination, les soignants intervenant à chacune de ces étapes (e.g. demande de consentement par le médecin coordonnateur), l'organisation effective par étage et jour de vaccination le cas échéant, les effets	Aucun élément de réponse n'a été apporté.	Aucun élément de réponse n'a été apporté.		La recommandation est maintenue.

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision
	indésirables qui peuvent survenir (type d'effet indésirable et moment de survenue) ainsi que leur prise en charge. - Utiliser exclusivement par défaut le dispositif de double validation indépendante de la retranscription des ordonnances médicamenteuses papier établies par les médecins traitants refusant de les prescrire sous format informatisé. - Habilitier les personnes chargées de l'aide aux actes de la vie courante à l'issue immédiate de leur formation. - Mettre en œuvre les mesures correctives relatives à l'organisation, la sécurisation et la formalisation des modalités de stockage des médicaments. - Compléter la procédure de gestion des événements indésirables liés à la prise en charge médicamenteuse par la description de la démarche à suivre pour leur déclaration. - Élaborer une procédure séparée de gestion des stupéfiants présentant les étapes du circuit des ordonnances des stupéfiants, et définissant un seul délai de retour des stupéfiants faisant l'objet d'un arrêt de traitement. - Élaborer une procédure relative à l'organisation de la surveillance des dates de péremption des médicaments présents : dans les chariots de distribution des médicaments, dans les armoires à médicaments, dans le stock de médicaments pour les besoins urgents et dans le réfrigérateur dédié aux médicaments thermosensibles.				

	Thèmes et Sous- Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision
		- Élaborer un protocole relatif au broyage des médicaments et sensibiliser les soignants qui les administrent au contenu de ce protocole. - Utiliser des piluliers afin de permettre aux soignants, lors de la distribution des médicaments, de vérifier la date de péremption de chaque médicament qu'ils contiennent. - Faire valider et signer l'ensemble des protocoles médicaux				
Re co 15	4.2 Coordination des acteurs	Dans le champ des conventions avec les partenaires, il est recommandé à l'établissement de : - Formaliser le partenariat entre l'EHPAD Ferrari et le [REDACTED] afin de fluidifier la prise en charge des résidents nécessitant des soins palliatifs. - Formaliser le partenariat avec un DAC ou un réseau gériatrique	Aucun élément de réponse n'a été apporté.	Aucun élément de réponse n'a été apporté.	Circulaire n° DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs Plan personnalisé de coordination en santé (guide, modèle et glossaire) – HAS-2019	La recommandation est maintenue.

	Thèmes et Sous- Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision
Re co 16	1.5- Gouvernance- Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Voir P4	Voir P4	Voir P4	Voir P4	il est recommandé d'actualiser la fiche de signalement des EI datant de 2019.
Re co 17	3.3 Vie sociale et relationnelle	Voir P11	Voir P11	Voir P11	Voir P11	Il est recommandé à l'établissement d'indiquer dans le projet d'animation, les indicateurs pour chaque objectif visé.
Re co 18	3.6 Soins	Voir P12	Voir P12	Voir P12	Voir P12	Il convient d'élaborer une seule procédure de prise en charge de la douleur qui la définit et dresse son cadre réglementaire, décrit les types de douleurs et propose une conduite à tenir en accord avec le type de douleur et son intensité (i.e. arbre décisionnel), en outre, elle propose notamment des évaluations en rapport avec son intensité et indique le traitement antalgique à administrer.
Re co 19	4.1 Conventions	Voir P13	Voir P13	Voir P13	Voir P13	L'établissement devrait s'assurer que toutes les conventions soient régulièrement réactualisées afin notamment de ne pas

	Thèmes et Sous- Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision
						se référer à des textes qui ont été abrogés.