



Cabinet du Directeur général
Inspection régionale autonomie santé

[REDACTED]
Présidente
Groupe SOS Seniors
102c Rue Amelot
75011 PARIS

Conseil départemental
Du val de Marne

[REDACTED] Saint-Denis, le 24 novembre 2025

Lettre recommandée avec AR
[REDACTED]

Réf. : 2025 IDF 00076

Objet : Lettre de décisions – Inspection du 7 avril 2025 - EHPAD Résidence Le Vieux Colombier (FINESS 940809387).

Madame la Présidente,

Une inspection de l'EHPAD Le Vieux Colombier (n° FINESS 940809387), menée conjointement par l'ARS Île-de-France et le Conseil départemental du Val de Marne et diligentée sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), a eu lieu le 7 avril 2025.

Cette inspection avait pour objectifs de vérifier la mise en œuvre des mesures correctrices correspondant aux décisions notifiées le 24 novembre 2023 de la précédente inspection du 22 mars 2022 et, le cas échéant, d'établir le constat d'éventuels nouveaux manquements dans le domaine du fonctionnement de l'établissement, la dispensation des soins, la dépendance et les prestations hôtelières.

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 29 juillet 2025 le rapport que nous a remis la mission d'inspection, ainsi que les 9 injonctions, 16 prescriptions et 11 recommandations que nous envisagions de vous notifier.

Vous nous avez transmis le 28 août 2025 des éléments de réponse détaillés, ce dont nous vous remercions.

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

Mesures retirées :

- I6-P4 : Procéder à l'affichage des numéros d'urgences dans les postes de soins et aux affichages obligatoires ;
- I8 : Réaliser les évaluations de l'état nutritionnel des résidents ;
- P5 : Réaliser une enquête de satisfaction ;
- P6 (B-C-E-F) : Elaborer une procédure spécifique au signalement des agressions, déclarer les EIG systématiquement aux autorités de contrôle et de tarification, former les professionnels à la déclaration des EI/EIG, mettre en place les réunions mensuelles relatives à l'analyse et à la gestion des chutes ;
- P7 (B-D) : Contrôler avant tout recrutement les inscriptions à l'ordre professionnels des personnels assujettis, formaliser une procédure d'accueil du nouveau professionnel ;
- P8 (A-C) : Mettre en accès direct le registre des entrées et des sorties, transmettre les inscriptions à l'ordre des IDE ;

- P10 : S'assurer de la confidentialité des données médicales dans les dossiers médicaux des résidents ;
- P11 : Réaliser le rapport d'activité annuel de l'établissement 2024 ;
- P13 (D) : Former les soignants au protocole de prise en charge de la douleur ;
- P14 : Garantir la qualité des soins ;
- P15 : Formaliser les conventions avec les professionnels libéraux intervenants dans l'établissement ;
- P16 : Elaborer un projet d'animation et proposer des animations toute la semaine.

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

Mesures partiellement maintenues :

- I1 : Assurer la sécurité des résidents en paramétrant les appels malades ;
- I2 : valider le projet d'établissement et le règlement intérieur en CVS ;
- I7-I9 : Une dynamique a été engagée pour consigner régulièrement
 - o dans le dossier médical informatisé des résidents : les observations médicales de suivi des résidents. Aussi, I7 est transformée en P17 ;
 - o dans le dossier médical d'un résident sous contention : les conclusions de l'évaluation de la balance bénéfice/risque, le consentement du résident ou de son représentant légal. Aussi, I9 est transformée en P18 ;
- P6 (A-D) : Absence de procédure interne de signalement des cas de maltraitance et de charte de déclaration d'incitation aux signalements à l'attention des professionnels ;
- P7 (A-C) : Une réflexion sur le recrutement en contrat pérenne d'effectif soignant (AS/IDE) et sur la stabilisation des effectifs est engagée pour garantir la continuité et la qualité des soins (en cours de mise en œuvre) ;
- P8 : Faire signer le registre des entrées et des sorties par le maire ;
- P9 (A-B-C) : Elaborer un projet de soin pour chaque résident, une synthèse annuelle de l'état clinique de chaque résident, un protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie ;
- P15 (A-B) : Formaliser des conventions avec les partenaires extérieurs.

Mesures maintenues :

- I3 : Rédiger et mettre en œuvre :
 - o une procédure d'admission formalisée précisant les critères de refus d'admission et la procédure de communication de refus d'admission auprès des demandeurs ;
 - o une procédure garantissant la réalisation systématique des PAI dans les 3 mois suivants l'admission et les réévaluer a minima annuellement ;
- I4 : Sécuriser les locaux tout en veillant à ne pas entraver la liberté d'aller et venir des résidents ;
- I5 : Mettre en conformité réglementaire le local DASRI et la signalétique du DAE ;
- P1 : Mettre en conformité réglementaire le projet d'établissement et le plan bleu ;
- P2 : Stabiliser la direction de l'établissement en recrutant de manière pérenne un directeur ;
- P3 : Mettre en conformité réglementaire le temps de coordination médicale ;
- P9 : Mettre en conformité réglementaire les dossiers des résidents ;
- P12 : Mettre en œuvre et pérenniser les mesures et dispositifs garantissant un accompagnement qualitatif et sécurisé des résidents à l'admission et pendant l'ensemble de leur séjour.

Ces constats nous conduisent à vous notifier 4 injonctions (dont 2 partiellement retirées), 13 prescriptions (dont 5 partiellement retirées et 3 injonctions transformées en prescriptions) et 11 recommandations. Vous en trouverez le détail en annexe 1 du présent courrier.

Par ailleurs, dans le cadre de la mise en œuvre de l'article L. 313-14 du code de l'action sociale et des familles (CASF) et de l'article L.1421-3 du code de la santé publique (CSP), une injonction distincte, relative à l'organisation et au suivi médical des résidents mise en place dans l'établissement depuis le départ du médecin coordonnateur et du médecin prescripteur, vous a été notifiée à titre définitif par courrier en date du 13 juin 2025.

Dans le cadre du suivi de la mise en œuvre de cette mesure, vous nous avez transmis, par courrier en date du 2 juillet 2025 et par dépôt sur la plateforme d'échange Collecte-pro™ le 28 août 2025, de nouveaux éléments, ce dont nous vous remercions.

De ces éléments, il ressort que l'établissement est encore dans un dispositif transitoire dans l'organisation médicale pour assurer la continuité des prises en charge médicales individuelles de l'ensemble des résidents de l'EHPAD. Toutefois, nous notons que les démarches entreprises par l'établissement vont dans le sens de l'amélioration de l'accès aux soins des résidents et de leur prise en charge. Certaines mesures restent à être pleinement mises en œuvre :

- Instauration d'un temps de coordination médicale complémentaire équivalent à 0,5 ETP du recrutement en juin 2025 d'un médecin coordonnateur à 0,5 ETP ;
 - La mise en place de la télécoordination médicale avec la société [REDACTED], en plus de la télémédecine, dans l'attente de l'atteinte du temps de coordination réglementaire de 1 ETP ;
- La transmission d'un document détaillant la répartition des missions et interventions des deux médecins assurant actuellement des missions de coordination au sein de la structure. Ce document doit également présenter l'ordre de priorisation des missions de coordination, compte tenu d'une part du temps de présence de 0,6 ETP réalisé présentement par les deux médecins coordonnateurs au sein de l'EHPAD, et d'autre part de la taille de la structure (202 résidents) ;
- Le recrutement des médecins prescripteurs selon le projet de l'établissement.

Dans l'attente, de la finalisation et de la stabilisation du dispositif médical mis en place dans l'établissement, l'injonction est partiellement maintenue.

Nous attirons votre attention sur la nécessité de mettre en œuvre dès à présent les mesures restantes et vous demandons de nous adresser le plan d'action pour y parvenir et un nouveau point d'étape sur l'organisation médicale d'ici le 1^{er} mars 2026.

Nous appelons votre attention sur la nécessité de transmettre à la Délégation départementale de l'ARS du Val-de-Marne (ars-dd94-etab-medico-sociaux@ars.sante.fr) et au Conseil départemental du Val-de-Marne (da-contrôle-essms@valdemarne.fr), les éléments de preuve documentaire permettant le suivi des mesures correctives et la levée des injonctions (annexe 1 et 2).

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>

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

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

Le Président du département
du Val-de-Marne
Et par délégation
La Directrice Générale Adjointe

Copie :

[REDACTED]
[REDACTED]
Directrice de transition
EHPAD Résidence Le Vieux Colombier
20 Avenue de L'Isle
94350 VILLIERS-SUR-MARNE

Annexe 1 : Décisions faisant suite à l'inspection réalisée le 7 avril 2025 au sein de l'EHPAD Le Vieux Colombier (n° FINESS 940809387), 94350 Villiers-sur-Marne

Injonctions

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décisions	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
Inj 1	2.5-Fonction support-Sécurités	Afin d'assurer la sécurité des résidents, notamment au sein des UVP, l'établissement doit mettre en place un système de surveillance des résidents par tous moyens. Le dispositif actuellement opérationnel dans l'établissement pour la majorité des résidents doit permettre également leur localisation en dehors de leur chambre. L'établissement doit revoir le dispositif avec la société l'ayant mis en place, en ce sens Transmettre aux autorités de contrôle et de tarification tous documents probants	Pour assurer la sécurité des résidents : En journée, organisation de surveillances régulières avec une équipe d'AS et d'IDE. Pour les AS : 24 AS en journée pour les 6 niveaux -Pour les étages avec UVP (2 niveaux), nous affectons 2 AS par UVP (10 lits) et 3 AS dans le secteur ouvert de l'étage -Pour les étages sans UVP (4 niveaux), 4 AS pour 35 résidents, En moyenne, 1 soignant prend en charge 9 résidents sauf en UVP. Les AS sont affectées par secteur. Planification du soin dans le plan de soin concernant la vérification de l'installation de la montre chaque matin. Pour les résidents non porteurs de montre, surveillance diurne toutes les deux heures planifiées dans le plan de soins. Dans les UVP, les résidents n'ont pas de montre. Un dispositif d'appel malade est présent dans chaque salle de bain. Les résidents bénéficient de la présence continue d'une AS dans la salle de vie où ils sont pris en charge la journée. Surveillance continue de 2 AS pour 10 résidents auquel s'ajoute le passage de l'IDE 4 IDE assurent les soins auprès d'une cinquantaine de résidents, pour les 6 niveaux, La nuit, 6 soignants dont 5 AS et 1 IDE avec un professionnel posté par niveau (6 niveaux) pour assurer la surveillance, une fois les changes ou soins assurés. Les pauses sont prises en décalé en journée pour assurer une présence minimum auprès des résidents (voir exemple	Au regard de la réponse de l'établissement et des documents transmis, L'injonction 1 est partiellement maintenue Mesure en cours de mise en œuvre <u>Document à transmettre :</u> - document du fournisseur justifiant son intervention et le paramétrage du système d'appel malade	Article L311-3 (1°) du CASF	E24, R24	3 mois

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décisions	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
			<p>planning joint). Un tour de surveillance nocturne est organisé toutes les deux heures planifiées dans chaque plan de soins</p> <p>Concernant l'appel malade, nous avons adressé un mail à [REDACTED] notre fournisseur, afin d'identifier les modalités de fonctionnement de la géolocalisation des résidents.</p> <p>Localisation possible, à mettre à jour sur la plateforme [REDACTED] pour que les résidents soient géolocalisables en fonction des bornes installées au sein de l'EHPAD. Nous nous sommes rapprochés de [REDACTED] via le siège D'Arpavie, pour bénéficier d'une intervention rapide du prestataire pour reparamétriser le système.</p> <p><u>Documents transmis :</u></p> <p><i>INJ1.1 : exemple planning</i></p> <p><i>INJ 1.2. : Mail à [REDACTED] en date du 14/08</i></p>				
Inj 2	1.3-Gouvernance-Animation et fonctionnement des instances	<p>Mettre le conseil de la vie sociale (CVS) en conformité avec la réglementation en vigueur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - conformer le règlement intérieur à la réglementation - réunir le CVS au moins 3 fois par an - informer systématiquement les membres du CVS des événements indésirables et dysfonctionnements ainsi que les actions correctrices mises en œuvre - présenter le projet d'établissement en CVS <p>Transmettre aux autorités de contrôle et de tarification :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les comptes rendus, datés et signés par le président du CVS, pour l'année 2025 incluant, la présentation des événements indésirables et des dysfonctionnements survenus au sein de l'établissement ainsi 	<p>Le CVS sera bien réuni 3 fois en 2025. La 3ème réunion est en cours de planification sur la fin septembre.</p> <p>Le nouveau règlement intérieur du CVS ARPAVIE/SOS sera soumis au prochain CVS planifié fin septembre (voir calendrier prévisionnel). Une présentation du projet d'établissement au CVS de septembre sera également à l'ordre du jour.</p> <p>Les comptes rendus CVS de 2025 sont communiqués et un calendrier prévisionnel est en cours de finalisation avec la Présidente du CV</p> <p><u>Documents transmis :</u></p> <p><i>INJ2.1-calendrier prévisionnel</i></p> <p><i>INJ2.2-compte rendu CVS 190225</i></p> <p><i>INJ2.2.1-fev 25 plaintes</i></p> <p><i>INJ2.3- compte rendu CVS 160625</i></p> <p><i>INJ2.3.1- juin 2025 enquête pj1</i></p> <p><i>INJ2.3.2-juin 2025 plaintes pj2</i></p> <p><i>INJ2.4-CR CVS oct24</i></p> <p><i>INJ2.5-RI à transmettre</i></p> <p><i>RI CVS EHPAD-VILLIERS</i></p> <p><i>Ordre du jour du CVS sept 25</i></p>	<p>Au regard de la réponse de l'établissement et des documents transmis,</p> <p>L'injonction 2 est partiellement maintenue</p> <p>Mesure en cours de mise en œuvre</p> <p><u>Documents à transmettre :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - le compte-rendu du CVS de septembre 2025 validant le projet d'établissement et le règlement intérieur du CVS. 	<p>Articles D. 311-5, D. 311-9, D.311-16, D. 311-20 et R.331-10 du CASF</p>	<p>E9, E10, E13, E11, R1</p>	1 mois après le CVS de sept 2025

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décisions	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
		<ul style="list-style-type: none"> que les mesures correctrices envisagées, • Le compte-rendu du CVS ayant validé le projet d'établissement en cours • Un calendrier prévisionnel fixant la date des prochains CVS de 2025 et 2026 					
Inj 3	3.1-Prise en charge-Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<p>A) Rédiger et mettre en œuvre une procédure d'admission formalisée précisant les critères de refus d'admission et la procédure de communication de refus d'admission auprès des demandeurs,</p> <p>B) Rédiger et mettre en œuvre une procédure garantissant la réalisation systématique des PAI dans les 3 mois suivants l'admission et les réévaluer a minima annuellement</p> <p>Transmettre aux autorités de contrôle et de tarification tous documents qui en attestent</p>	<p>A : Nous organisons une visite de pré admission (VPA) animée par le medec avec présence de la cadre de santé ou IDEC, psychologue et chargée d'admission, (préalable à l'admission), conformément à la procédure VPA.</p> <p>La réception des demandes d'admissions est effectuée par la chargée d'admission et transmise à la direction pour analyse administrative, puis au medec, cadre de santé et psychologue pour analyse médicale. Depuis l'arrivée du docteur, medec, nous organisons également une réunion d'analyse des demandes d'admission toutes les semaines avec Medec, cadre de santé, psychologue, chargée d'admission et direction pour décision finale afin de valider et planifier une visite de pré admission.</p> <p>Les critères de refus d'admission et les modalités de communication seront annexés à la procédure Arpavie.</p> <p>B : Le renouvellement des PAI sera intégré à la procédure d'admission avec mise à jour du tableau de suivi (joint en annexe) des PAI conformément à la procédure en vigueur (voir procédure PP et check list).</p> <p><u>Documents transmis</u></p> <p><i>INJ3B1-proc admission accueil</i> <i>INJ3B1bis-checklist vierge</i> <i>INJ3B2-admission vpa</i> <i>INJ3B3-procedure pp</i> <i>INJ3B4-tableau pp</i></p>	<p>Au regard de la réponse de l'établissement et des documents transmis, L'injonction 3 est maintenue</p> <p>Mesure en cours de mise en œuvre</p> <p><u>Documents à transmettre :</u></p> <p>A- la procédure d'admission de l'EHPAD ; B- la procédure relative aux modalités de réalisation du PAI dans les 3 mois suivants l'admission et la réévaluation a minima une fois par an</p>	Articles D.312-158 (2°) D312-155-0 I (3°) du CASF.	R25, E28, E29,	3 mois

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décisions	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
Inj 4	2.5-Fonction support-Sécurités	<p>A) Veiller à la sécurisation de l'accès aux escaliers</p> <p>B) Veiller à ne pas limiter l'accès au 1^{er} étage par l'ascenseur afin de ne pas entraver la liberté d'aller et venir des résidents</p> <p>Transmettre aux autorités de contrôle et de tarification tous documents qui en attestent</p>	<p>Nous allons passer commande de bornes de sécurité pour éviter les chutes, notamment des fauteuils roulants dans les escaliers.</p> <p>Nous allons supprimer le digicode ascenseur pour l'accès au premier étage (voir mail ci-joint)</p> <p><u>Documents transmis</u></p> <p>INJ4A- devis bornes sécurité escalier</p> <p>INJ4A1 : mail à ILEX / digicode</p>	<p>Au regard des documents transmis et de la déclaration d'un événement indésirable en date du 28 mai 2025 relatif à la chute en fauteuil dans les escaliers d'un résident (PRESC63demande n°233123_Dématerialisation_Demarc)</p> <p>L'injonction 4 est maintenue</p> <p><u>Documents à transmettre :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - A) document probant justifiant la sécurisation de l'accès aux escaliers (compte-rendu d'intervention du prestataire, photos des bornes installées...) - B) document probant justifiant la suppression des digicodes ascenseur pour l'accès au 1^{er} étage 	Article L.311-3 1 ^o du CASF	E22	A-B : 1 mois
Inj 5	2.5-Fonction support-Sécurités	<p>A) Mettre la signalétique du nouveau local DASRI en conformité avec la réglementation.</p> <p>B) Mettre en place la signalétique du DAE conformément à la réglementation</p> <p>Transmettre aux autorités de contrôle et de tarification tous documents qui en attestent</p>	<p>La signalétique est installée conformément à la réglementation, ci-joint photos. Un projet est en cours pour faire évoluer l'ensemble de la signalétique sur l'établissement avec un objectif d'harmonisation (devis ci-joint). La localisation du DAE est affichée dans les postes de soins.</p> <p><u>Documents transmis</u></p> <p>INJ5A-photo DASRI</p> <p>INJ5B-photo DAE</p> <p>INJ5-devis signalétique</p>	<p>Au regard des documents transmis, l'injonction 5 est transformée en prescription 19</p>	<p>Article 8-1^o de l'arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques.</p> <p>Article 1 de l'arrêté du 29 octobre 2019 relatif aux défibrillateurs automatisés</p>	E23, E35	Immédiat

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décisions	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
					externes et à leurs modalités de signalisation dans les lieux publics et les établissements recevant du public.		
Inj 6	3.8-Prise en charge-Soins	Afficher dans chaque poste de soins le numéro d'appel en cas d'urgence vitale si différent du 15.	Voir les 2 affiches jointes, affichées au sein du poste de soins du 1er étage / procédure généralisée à tous les postes de soins par sécurité. Sur l'établissement en cas d'urgence vitale, la procédure est d'appeler le 15. <u>Documents transmis</u> <i>INJ6.1-numéros urgence</i> <i>INJ6.2-assistance ARPAVIE</i> <i>INJ6.3-photo affichage service</i>	Au regard des documents transmis l'injonction 6 est retirée		R45	
Inj 7	3.8-Prise en charge-Soins	Consigner régulièrement dans le dossier médical informatisé les observations médicales de suivi	Sensibilisation des médecins à l'utilisation d'Imago et à la traçabilité dans les dossiers médicaux, réactivée dans le cadre de l'intégration de nouveaux médecins. Accompagnement du medec (docteur [REDACTED] en date du 20/06 par le docteur M, directrice médicale adjointe, pour une première prise en mains de l'outil Imago. Pour mémoire, le docteur [REDACTED] a pris ses fonctions le 17 juin 2025. Depuis son arrivée, elle prend en charge toutes les admissions afin de s'assurer que l'intégralité des informations soit recueillie (bilan d'entrée et examen clinique par ses soins) et saisie dans [REDACTED] Journée d'intégration du medec le 3 juillet avec présentation Imago SR, portfolio médical et soins, évaluation HAS, réunions dénutrition, contentions, chutes, synthèse... Recrutement d'un médecin prescripteur, le docteur [REDACTED] à hauteur de 0.2 ETP en CDI depuis le 19/07/25 qui intervient le samedi. Accompagnement du docteur D par le medec concernant l'outil Imago et les procédures de traçabilité médicale le	Au regard de la réponse de l'établissement et des documents transmis L'injonction 7 est retirée et transformée en prescription 17		R29	Immédiat

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décisions	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
			<p>18/07. Depuis l'arrivée du docteur [REDACTED] a établi une liste alphabétique des résidents afin d'organiser leur suivi régulier et renouveler des checks up</p> <p><u>Documents transmis</u></p> <p><i>INJ7.1-ODJ journée intégration MEDEC</i></p> <p><i>INJ7.2- acompte [REDACTED]</i></p>				
Inj 8	3.8-Prise en charge-Soins	<p>Faire l'évaluation de l'état nutritionnel des résidents (pesée, IMC, albuminémie...) pour adapter les régimes alimentaires de chacun en fonction des résultats</p> <p>Transmettre aux autorités de contrôle et de tarification un bilan anonymisé de l'état nutritionnel de l'ensemble des résidents</p>	<p>Dès le mois de février 2025, état des lieux avec le docteur De, directeur médical Arpavie et mise en place de réunions nutrition mensuelles. Nous avons suivi les dernières recommandations HAS : identification des résidents avec critères dénutrition, surveillance du poids régulière, bilan biologique avec albumine et préalbumine, bilan avec kiné sur force musculaire, les ingestats (suivi alimentaire à l'aide d'une fiche alimentaire). En fonction des résultats : dénutrition modérée, dénutrition sévère, une éducation thérapeutique du résident est instaurée + revue de régime alimentaire + rajout de CNO.</p> <p><u>Documents transmis</u></p> <p><i>INJ8.1-procédures dénutrition</i></p> <p><i>INJ8.2-recueil alimentation hydratation</i></p> <p><i>INJ8.3-suivi dénutrition anonyme</i></p> <p><i>INJ8.4-organisation des poids</i></p> <p><i>INJ8.5-calendrier formation interne</i></p>	<p>Au regard de la réponse de l'établissement et des documents transmis</p> <p>L'injonction 8 est retirée</p>	<p>Articles L. 311-3 (1°) (3°) du CASF et L. 1110-5 du CSP.</p>	E33, R38	
Inj 9	3.8-Prise en charge-Soins	<p>Consigner systématiquement dans le dossier médical d'un résident sous contention : les conclusions de l'évaluation de la balance bénéfice/risque, le consentement du résident ou de son représentant légal le cas échéant</p> <p>Transmettre aux autorités de contrôle et de tarification la liste anonymisée des résidents sous contention, la date de la dernière évaluation clinique et la date de recueil de leur consentement ou de celui de leur représentant légal</p>	<p>Nous vous joignons le tableau de suivi des résidents sous contention. Chaque contention fait l'objet d'une prescription accessible sur Imago ou format papier dans les postes de soins. Chaque prescription est renouvelée tous les 28 jours avec réévaluation médicale. Afin de favoriser les échanges pluridisciplinaires, nous prévoyons d'intégrer au temps de transmission les réunions de synthèse avec compte rendu ciblée sur Imago.</p> <p>Pour le recueil du consentement, depuis l'arrivée du médecin, celui-ci est recueilli et tracé dans Imago. Le consentement est recueilli auprès du résident, s'il est cognitivement apte à recevoir l'information, concernant le cas échéant, le</p>	<p>Au regard de la réponse de l'établissement et des documents transmis</p> <p>L'injonction 9 est transformée en prescription 18</p>	<p>Article L311-3 (1°) (3°) du CASF</p> <p>Contrat de séjour</p>	E30	3 mois

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décisions	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
			<p>représentant légal. Sinon, la personne de confiance, est informée par le medec.</p> <p>Concernant l'évaluation bénéfices risques, nous améliorons la traçabilité de cette évaluation via les transmissions ciblées</p> <p><u>Documents transmis</u></p> <p><i>INJ9-1-suivi des contentions</i></p> <p><i>INJ9-2-procédures gestion contention</i></p> <p><i>INJ9.3-logigramme2 contention en urgence</i></p>				

Prescriptions

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
Presc 1	1.2-Gouvernance-Management et Stratégie	<p>Conformer à la réglementation les documents suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le projet d'établissement doit être complété par la politique de promotion de la bientraitance, les actions de prévention et de lutte contre la maltraitance, et mentionner les personnes qualifiées) - Le plan bleu de l'établissement doit inclure le plan de reprise d'activité (PRA), le plan de formation du personnel aux SSE et les modalités d'organisation adaptées au dispositif ORSAN. Cette démarche sera engagée dans le cadre de l'adossement d'Arpavie au groupe SOS. <p>Concernant les formations SSE, le personnel a été formé à la gestion du plan bleu canicule en 2025.</p> <p><u>Documents transmis</u></p> <p><i>PRESCL1.1-plan bleu infectieux</i></p> <p><i>PRESCL1.2-plan bleu canicule</i></p> <p><i>PRESCL1.3-liste pers risque déshydratation</i></p> <p><i>PRESCL1.4-visa formation canicule</i></p> <p><i>INJ8.5-calendrier formation interne</i></p>	<p>Le projet d'établissement 2023-2027 doit être complété avec une annexe spécifique à la politique de promotion de la bientraitance et des actions de prévention et de lutte contre la maltraitance.</p> <p>Le plan de gestion de crise sera mis à jour en intégrant le PRA, le plan de formation du personnel aux SSE et les modalités d'organisation adaptées au dispositif ORSAN. Cette démarche sera engagée dans le cadre de l'adossement d'Arpavie au groupe SOS.</p> <p>Concernant les formations SSE, le personnel a été formé à la gestion du plan bleu canicule en 2025.</p> <p><u>Documents transmis</u></p> <p><i>PRESCL1.1-plan bleu infectieux</i></p> <p><i>PRESCL1.2-plan bleu canicule</i></p> <p><i>PRESCL1.3-liste pers risque déshydratation</i></p> <p><i>PRESCL1.4-visa formation canicule</i></p> <p><i>INJ8.5-calendrier formation interne</i></p>	<p>Au regard des documents transmis et de la réponse de l'établissement,</p> <p>La prescription 1 est maintenue</p> <p>Mesure est en cours de mise en œuvre.</p> <p><u>Documents à transmettre :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - le projet d'établissement 2023-2027 conforme à la réglementation, validé par le prochain CVS de 2025 - le plan bleu conforme à la réglementation de l'article R. 3131-4 du CSP, signé 	<p>Articles L.311-8 et D311-38-3 CASF R. 311-38-1 et 2 CASF</p>	E1, E2, R33	-prochain CVS de 2025 -6 mois

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre	
	documents datés et signés par l'ensemble des parties prenantes.						
Presc 2	1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	<p>Garantir une organisation et un fonctionnement qualitatif et sécurisé de l'établissement en :</p> <p>A) Formalisant systématiquement un contrat de travail pour le poste de directeur de l'EHPAD</p> <p>B) Réorganisant la continuité de la fonction de direction, notamment lors des astreintes avec les délégations de signatures nécessaires et en cas d'absence du directeur, permettant d'apprécier de manière complète la continuité de direction et le niveau de sécurisation du fonctionnement de l'établissement.</p> <p>C) Transmettre les comptes-rendus des COPIL/CODIR 2025</p> <p>Transmettre aux autorités de contrôle et de tarification tous documents probants</p>	<p>Présence d'un directeur et directeur adjoint sur l'établissement du Vieux Colombier</p> <p>Délégation de pouvoir de N B et subdélégation de N M jointe. En cas d'absence du directeur et du directeur adjoint, traitement des dossiers par le directeur territorial.</p> <p>Procédures d'astreinte jointe, pour traiter notamment la gestion des interventions techniques d'urgence.</p> <p>Nous organisons toutes les semaines des CODIR (à ce jour) avec comptes rendus.</p> <p>Nous vous joignons les CR COPIL</p> <p>Nous envisageons une organisation des réunions selon le rythme suivant : Codir tous les 15 jours, COPIL tous les 15 jours et réunions plénières tous les mois</p> <p><u>Documents transmis :</u></p> <p>PRESC2B1-délégation signature directeur</p> <p>PRESC2B2-délégation signature directeur adjoint</p> <p>PRESC2B3-procédures astreinte</p> <p>PRESC2A2-av n3 presta social premium</p> <p>PRESC2A1-av n1 presta social premium</p> <p>PRESC2C1 à 2C23 : CR cCODIR</p> <p>PRES2C24 à 26 : COPIL</p>	<p>Il est pris acte de la réponse de l'établissement et des documents transmis néanmoins la prescription 2 est maintenue pour les raisons suivantes.</p> <p>Même si la direction semble stable et la continuité de la fonction assurée (documents transmis probants), la fonction de directeur est assurée depuis quelques mois par une succession de directeurs de transition faute de recrutement d'un directeur permanent. Cette situation de transition n'a pas vocation, de fait, à perdurer. Aussi, les autorités de contrôle et de tarification souhaitent s'assurer que le groupe gestionnaire s'inscrit dans une recherche active pour recruter un directeur afin de stabiliser sur le long terme la direction de l'établissement.</p> <p><u>Document à transmettre :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Tous documents probants justifiant la recherche active de recrutement d'un directeur permanent pérenne pour l'établissement 	Article L.311-3 CASF	E4, E5, R3, R4	Tous les mois
Presc 3	1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	<p>A) Assurer la présence d'un seul médecin coordonnateur à hauteur de 1 ETP conformément au capacitaire de l'établissement.</p> <p>B) S'assurer que le MEDCO dispose de l'un des diplômes réglementaires pour l'exercice de la fonction de MedCo ou l'engager dans une formation qualifiante en ce sens ;</p>	<p>Lors de la réunion teams du jeudi 14/08/25 avec l'ARS, nous avons convenu d'apporter toutes les pièces complémentaires permettant d'expliciter l'évolution de l'organisation médicale, suite à la procédure ad hoc du 13/06/25. Comme explicité lors de notre échange, l'objectif majeur pour garantir une organisation efficiente est de sécuriser et stabiliser les effectifs, avec une priorité sur le recrutement des médecins et des IDE.</p> <p>Concernant le recrutement des médecins, l'EHPAD a mis en place un contrat de prestation avec EPOCA™, pour assurer de la téléconsultation afin de compléter les</p>	<p>Il est pris acte de la réponse de l'établissement qui sera instruite à la fois en contradictoire de la prescription 3 et de l'injonction relative à l'organisation médicale de l'établissement traitée en annexe 2 du présent courrier.</p> <p><u>S'agissant de la prescription 3 :</u></p> <p>Il est pris acte de la réponse de l'établissement. Celui-ci dispose d'un temps de coordination médicale de 0,5 ETP et est engagé dans une démarche de</p>	Articles D312-156 et -157 L312-158 et L.313-12 (V) du CASF	E6, E7	

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
	<p>C) Insérer dans le contrat de travail du MEDCO, l'ensemble des missions que doit réaliser le MEDCO dans le cadre de la coordination médicale</p> <p>Transmettre aux autorités de contrôle et de tarification tout justificatif probant.</p>	<p>interventions des médecins prescripteurs des autres établissements Arpavie [REDACTED] Comme médecins prescripteurs, nous avons recruté le [REDACTED] qui intervient à hauteur de 0,2 ETP le samedi. Suite à son accord oral, nous avons adressé une proposition d'embauche au [REDACTED] qui, à ce jour, ne nous a pas répondu. Pour les médecins, nous tentons de faciliter leur recrutement via notre réseau en complément de la diffusion d'annonces via Arpavie.</p> <p>La recherche d'un mi-temps de médecin coordonnateur est en cours. Dans l'attente, nous étudions, avec [REDACTED] la faisabilité d'un renfort temporaire sur la coordination médicale avec le dispositif [REDACTED]. Le docteur [REDACTED] est en contact avec la directrice médicale [REDACTED] et un RDV est programmé fin septembre.</p> <p>Durant la première quinzaine d'août,</p> <ul style="list-style-type: none"> - le [REDACTED] est intervenue en complément 2 demi-journées par semaine (durée moyenne de 3H) - le [REDACTED] est intervenue 2 journées <p>Cette démarche a permis de pallier l'absence du docteur [REDACTED]</p> <p>Nous vous joignons en complément les fiches de poste du medec et médecin prescripteur.</p> <p>Concernant l'organisation des soins, [REDACTED] vient d'obtenir [REDACTED] formation qu'elle a suivie sur les années 2024/2025. Nous sommes toujours à la recherche d'une IDEC. A ce jour, 3 candidatures reçues avec 2 entretiens réalisés qui n'ont pas aboutis et 1 entretien prévu le 26/08.</p> <p>Dans le cadre de notre démarche de sécurisation et stabilisation des effectifs, les professionnels qui assurent des remplacements ponctuels sont appelés par le secrétariat RH une semaine avant leur intervention afin de s'assurer de leur présence le jour J. Nous avons durant l'été renforcé l'équipe AS et IDE pour limiter les impacts d'absences inopinées.</p>	<p>recrutement d'un complément de coordination médicale à 0,5 ETP pour répondre à l'obligation réglementaire qui lui incombe compte tenu de son capacitaire autorisé, soit 1 ETP de MEDCO.</p> <p>Dans l'attente du recrutement d'un 0,5 ETP de MEDCO, l'établissement étudie la faisabilité de recourir à de la télé coordination.</p> <p>A ce sujet, l'établissement peut avoir recours à la télé coordination sous réserve du respect des principes suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La télé coordination est un dispositif transitoire pour pallier les difficultés temporaires de l'établissement à assurer la continuité médicale. C'est donc un dispositif non pérenne et limité dans le temps. Le recours à la télé coordination ne peut excéder par conséquent 9 mois 2. La télé coordination doit être encadrée, formalisée par un contrat de travail du médecin en télé coordination intervenant dans l'EHPAD précisant les modalités de son intervention. Le contrat doit préciser les dispositions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> a. Le temps dédié à la télé coordination dans l'EHPAD b. Les diplômes détenus par le médecin « télécoordinateur » qui doivent être conformes à ceux requis par la réglementation pour exercer la 			

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
		<p>Concernant le recrutement des soignants, nous travaillons activement sur le recrutement IDE en privilégiant le recrutement en CDI des IDE "vacataires". Nous allons tenter de leur faire des propositions les incitant à signer un CDI. Nous avons également signé des contrats de prestation de recrutement auprès d'Appel Médical™ et Adecco™ pour les IDE en CDI.</p> <p><u>Documents transmis :</u></p> <p>PRESC3.1-contrat [REDACTED] pour prescription PRESC3.2-contrat darius PRESC3.3-fiche de poste medec PRESC3.4-fiche de poste med prescripteur PRESC3.5-fiche mission [REDACTED] PRESC3.6-attestation formation [REDACTED] PRESC3.7-contrat appel médical PRESC3.8-contrat A PRESC3.9-certificat [REDACTED] PRESC3.10-stage a [REDACTED]</p> <p>COURRIER DU 2 JUILLET 2025 : Contrat de travail du médecin coordonnateur</p>	<p>coordination en EHPAD (D312-157 CASF) :</p> <p>c. Les missions réalisées en télé coordination (parmi celles définies à l'article D312-158 CASF)</p> <p>3. Elaborer une fiche de poste spécifique au médecin en télé coordination</p> <p>Nonobstant les démarches entreprises par l'établissement pour assurer une coordination médicale au sein de l'EHPAD, la prescription 3 est maintenue dans l'attente du recrutement complémentaire d'un temps de MEDCO conformément à l'obligation réglementaire qui incombe à l'EHPAD au titre de l'article D. 312-156 du CASF.</p> <p><u>Documents à transmettre :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -tout justificatif relatif à la présence d'un temps de MEDCO équivalant à 1 ETP. - Si mise en place d'un dispositif de télé coordination : <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Le contrat de travail du MEDCO en télé coordination, <input checked="" type="checkbox"/> Fiche de poste du MEDCO en télé coordination précisant ses missions <input checked="" type="checkbox"/> Diplômes de MEDCO en télé coordination 			
Presc 4	1.2-Gouvernance-Management et Stratégie	Afficher la dernière enquête de satisfaction, l'organigramme de l'établissement précisant les ETP et liens hiérarchiques et fonctionnels,	<p>L'enquête de satisfaction a été réalisée du 06/11/2024 au 31/03/2025. Les résultats ont été transmis à l'EHPAD en juin 2025.</p> <p>Au regard des documents transmis, La prescription 4 est retirée</p>	Article D.311-15 du CASF	E3, E8, R2, R35	

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
	les procès-verbaux de restauration de la commission de restauration, Transmettre aux autorités de contrôle et de tarification une photo du tableau d'affichage	<p>Nous vous joignons l'organigramme intégrant les fonctions et ETP, accompagné d'une liste des AS en poste (CDD ou CDI)</p> <p>Concernant la restauration, Arpavie a changé de prestataire le 01/06/2025 avec l'arrivée de R™. Nous vous joignons le PV de la commission restauration d'octobre 2024. Sur l'année 2025, une commission de menu a eu lieu fin avril 2025 (voir fiche d'émargement). Cependant, nous ne retrouvons pas le compte rendu.</p> <p>Depuis la mise en place du nouveau prestataire, nous avons organisé avec les responsables de R™ et A™ (hôtellerie) des points mensuels. (voir CR du 01/07 et du 22/07)</p> <p><u>Documents transmis</u></p> <p>PRESC4.1-organigramme PRESC4.1BIS-affichage organigramme PRESC4.1TER-liste as et auxiliaire PRESC4.2-enquête satisfaction PRESC4.3.1- émargement-com-menus04.2025 PRESC4.3.2-pv com. restauration10.2024 PRESC-4.3.3-changement [REDACTED] PRESC4.4-CR restau du 01/07/25 PRESC4.5-CR restau du 22/07/25</p>				
Presc 5	1.3- Gouvernance- Animation et fonctionnement des instances	<p>Réaliser une enquête de satisfaction Transmettre aux autorités de contrôle et de tarification les résultats de l'enquête et apporter la preuve de son affichage dans l'établissement</p> <p>L'enquête de satisfaction a été réalisée du 06/11/2024 au 31/03/2025. Les résultats ont été transmis à l'EHPAD en juin 2025.</p> <p>Affichage de l'enquête et transmission par mail aux familles lors de l'envoi du compte rendu du CVS de juin 2025. Pour des raisons de confidentialité, le mail est adressé aux familles en copie caché, ce qui ne vous permettra pas de visualiser (mail joint) les adresses mails des familles.</p> <p><u>Documents transmis</u></p> <p>PRESC5.1-photo affichage</p>	<p>Au regard des documents transmis, La prescription 5 est retirée</p>	Article D.311-15 du CASF	E12	

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre	
		<i>PRESC5.2- mail famille enquête</i>					
Presc 6	1.5- Gouvernance- Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<p>A) Elaborer une procédure interne spécifique aux signalements des cas de maltraitance</p> <p>B) Elaborer une procédure / dispositif spécifique au signalement des agressions</p> <p>C) Déclarer systématiquement les EIG et tout événement ayant pour effet de compromettre ou de menacer la santé ou la sécurité des résidents aux autorités de contrôle et de tarification (DD94 et CD94)</p> <p>D) Elaborer une charte de déclaration d'incitation aux signalements à l'attention des professionnels</p> <p>E) Former les professionnels à la déclaration des EI/EIG et transmettre aux autorités de contrôle et de tarification la feuille d'émergence de la 1^{re} formation suivie en 2025</p> <p>F) Mettre en place les réunions mensuelles mentionnées dans la procédure relative à la gestion, l'analyse/suivi et la prévention des chutes</p> <p>Transmettre aux autorités de contrôle et de tarification les documents ou autres élément probants qui en attestent.</p>	<p>A et B: il existe au sein d'Arpavie une fiche réflexe pour signaler les maltraitances et une fiche sécurité d'atteinte aux personnes afin de guider les professionnels sur les conduites à tenir avec des consignes précises. Dans le cadre de l'adossement à SOS, les procédures seront révisées dans un objectif d'harmonisation. Des formations internes en 2025 ont été réalisées auprès du personnel. Les formations sur la thématique maltraitance et bientraitance sont animées par la psychologue et la responsable qualité (voir feuilles d'émargement 2025). Il reste une session pour la contre équipe à programmer sur ce sujet par la Responsable qualité. À la suite du recrutement d'une nouvelle psychologue, nous allons organiser ces formations intégrant des mises en situation en petits groupes, afin d'accompagner les équipes dans leur posture.</p> <p>C : depuis avril 2025, le CD est bien informé par mail d'un EIG. Un exemple de déclaration du mois au CD est communiqué</p> <p>D : une charte de signalement Arpavie existe, il convient d'organiser une sensibilisation auprès du personnel (calendrier de formation interne)</p> <p>E : la sensibilisation et la formation aux déclaration d'EI et EIG ont évolué. Jusqu'en 2024, nous sensibilisons les équipes sur le circuit de déclaration et depuis fin 2024, nous proposons des RETEX et des COVEI qui permettent une meilleure analyse des causes et une prise de conscience par les professionnels de l'importance de la déclaration.</p> <p>F : Mise en place de réunion pour analyser les chutes depuis novembre 2024</p> <p>L'organisation des réunions devra se consolider mensuellement. Cependant, des réunions avec la STARAQS (Structure d'Appui Régionale à la Qualité des</p>	<p>Au regard de la réponse de l'établissement et des documents transmis,</p> <p>La prescription 6 est partiellement maintenue</p> <p>A-D : maintenues ; B-C-E-F : retirées</p> <p><u>Documents à transmettre :</u></p> <p>-A : les feuilles d'émargement des professionnels de l'équipe B ayant suivis les prochaines formations prévention de la maltraitance et développement de la bientraitance</p> <p>-D : les feuilles d'émargement des professionnels ayant suivis la formation de sensibilisation à la charte d'incitation aux signalements des EI et EIG</p>	Article L.331-8-1 du CASF Arrêté du 28/12/2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales L. 313-24 du CASF	E14, E15, R8, R9, R11	A- Fin 2025 D- fin 2025

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
		<p>soins et à la Sécurité des patients) et des RETEX EI/EIG et EIGS en interne s'organisent dès que nécessaire et abordent l'analyse des chutes.</p> <p>Les chutes sont tracées dans Imago et les chutes graves font l'objet de déclaration EIGS dans Ageval™.</p> <p><u>Documents transmis :</u></p> <p><i>PRES6A-fiche reflexe signalement maltraitance</i> <i>PRESC6B-GDR sécurité atteinte aux personnes</i> <i>PRESC6C.1-attestation dépôt</i> <i>PRESC6C.2-declaration cd94</i> <i>PRESC6C.3-demande dématérialisée</i> <i>PRESC6D-charte incitation signalement</i> <i>PRESC6E.1-form gestion risques / GDR/PCA</i> <i>PRESC6E.2-form COVEI GDR</i> <i>PRESC6E.3-form prévention maltraitance</i> <i>PRESC6E.4-form EI/EIG/EIGS 2022/2023</i> <i>PRESC6E.5-note service circuit FEI</i> <i>PRESC6E.6-form maltraitance agression EI/EIG</i> <i>PRESC6F-réunion prévention chute</i> <i>INJ8.5-calendrier formation interne</i></p>				
Presc 7	2.1-Fonctions support- Gestion des RH	<p>Afin de garantir la continuité, sécurité et qualité des soins des résidents, l'établissement doit assurer une gestion adaptée des ressources humaines actuelles et prévisionnelles des effectifs, notamment :</p> <p>A) Engager une réflexion pour stabiliser ses effectifs</p> <p>B) Contrôler systématiquement pour tout recrutement l'inscription à l'ordre des IDE et transmettre les attestations d'inscription ou la demande de vérification effectuée auprès de l'ordre</p> <p>A : Réflexion lancée pour sécuriser et stabiliser les effectifs (voir comptes rendus de réunions plénières et note sur l'organisation des soins) avec une priorité sur le recrutement des médecins prescripteurs, coordonnateurs et IDE (voir PRESC3).</p> <p>Diffusion des offres d'emploi sur plusieurs supports via le siège et réactivation des réseaux de professionnels, notamment pour les métiers en tension (médecins, IDE et psychologue)</p> <p>Nous avons travaillé à la sécurisation et à la stabilisation des effectifs. Les professionnels qui assurent des remplacements ponctuels sont appelés par le secrétariat RH une semaine avant leur intervention afin de s'assurer de leur présence le jour J. Nous avons durant l'été renforcé l'équipe AS et IDE. Ces mesures visent à limiter les impacts d'absence inopinée et favoriser des conditions de</p>	<p>Au regard de la réponse de l'établissement et documents transmis en appui,</p> <p>La prescription 7 est partiellement maintenue :</p> <p>A-C : maintenues ; B-D : retirées</p> <p>L'établissement a engagé une réflexion pour stabiliser ses effectifs de soignants (IDE et AS) afin de garantir la continuité, la sécurité et la qualité des soins des résidents, néanmoins les démarches entreprise pour le recrutement en contrat pérenne des ETP manquants d'IDE et d'AS/AES en fonction de la charge en soins et dépendance des résidents</p>	Article L.311-3 1° et 3° du CASF. Article L.4311-15 du CSP RBPP relative à la bientraitance : définition et repère pour la mise en œuvre (ANESM juin 2008 Repère 4, section 2.1).	E17, R12, R13, R14, R15	

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
	<p>C) Engager une réflexion sur le recrutement en contrat pérenne (titulaire/CDI ou CDD long) des ETP manquants d'IDE, d'AS/AES pour garantir une prise en charge en soin sécurisée et qualitative en fonction de la charge en soins et dépendance des résidents</p> <p>Transmettre les diplômes des professionnels en cours de formation qualifiante d'AS/AES et tout document justifiant d'une démarche de recrutement du personnel AS/AES et IDE hors plan de qualification</p> <p>D) formaliser une procédure d'accueil du nouveau professionnel</p> <p>Transmettre aux autorités de contrôle et de tarification les documents ou autres éléments probants qui en attestent.</p>	<p>travail attractives. Nous travaillons activement sur le recrutement IDE en privilégiant le recrutement en CDI des IDE "vacataires ". Nous allons tenter de leur faire des propositions les incitant à signer un CDI.</p> <p>Nous avons également signé des contrats de prestations de recrutement auprès [REDACTED] pour les IDE.</p> <p>Dans l'attente du recrutement d'une IDEC, nous avons identifié des professionnels IDE en capacité d'assurer un travail de coordination auprès des équipes et des médecins (voir déroulé de journée IDE d'appui). Durant l'été, nous avons également renforcé l'équipe AS et positionner une AS volante afin de répondre à des absences inopinées.</p> <p>B : Vérification des inscriptions à l'ordre des IDE (voir pièces jointes). Pour les recrutements en intérim et via [REDACTED] la vérification est faite par le cabinet de recrutement ou la plateforme [REDACTED]</p> <p>C : Entretien en cours avec les IDE intervenant régulièrement au sein de la structure pour proposer une évolution en CDI.</p> <p>Pour les AS, pas de problème pour recruter du personnel qualifié : 9 personnes sont en formations qualifiantes AS dont 4 CDI en pro A, 3 CDD en VAEI et 2 CDI en VAEI.</p> <p>D : voir procédure d'accueil et d'intégration et livret d'accueil du collaborateur Arpavie. Nous prévoyons de créer une annexe au livret d'accueil en expliquant le fonctionnement du site. Nous disposons d'un journal de bord pour les IDE et nous travaillons sur un journal de bord pour les AS pour finalisation d'ici fin septembre 2025</p> <p><u>Documents transmis</u></p> <p><i>PRESC7A1 à A4-CR plénière</i> <i>PRESC7A5-note organisation soins</i> <i>PRESC7A6-déroule ide appui</i> <i>PRESC7A7-déroule as volante</i> <i>PRESC7B1 à B12-attestation ordre IDE</i> <i>Pour le C : Voir PRESC4.1TER-liste AS et auxiliaire</i> <i>PRESC7C1 à 9-contrat des prof en formation</i> <i>PRESC7D1-process accueil intégration</i></p>	<p>nécessite qu'un suivi soit assuré par les autorités de contrôle et de tarification dans le cadre du dialogue de gestion avec l'établissement.</p> <p><u>Documents à transmettre</u></p> <p>1-Tableau de suivi des effectifs soignants budgétés, réels et à pourvoir 2- les diplômes et/ou les attestations de réussite de fin de formation des professionnels en cours de formation qualifiante d'AS/AES intégrés dans les effectifs soignants 3- tout document justifiant le recrutement du personnel AS/AES et IDE, IDEC (contrat de travail...)</p>			<p>1- tous les trimestres jusqu'à la fin des recrutements</p> <p>2-Au fil de l'eau, selon le plan de qualification des AS/AES</p> <p>3-dès recrutement</p>

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre	
		<p><i>PRESC7D2-livret d'accueil</i> <i>PRESCD7D3-sommaire journal bord ide</i> <i>PRESC37-contrat appel médical</i> <i>PRESC38-contrat [redacted]</i></p>					
Presc 8	2.3-Fonction support-Gestion d'informations	<p>A) Mettre en accès direct aux résidents et aux autorités de contrôle et de tarification le registre des entrées et sorties des résidents.</p> <p>B) Procéder à la signature par le maire du registre et transmettre la copie de la page de signature (date et signature)</p> <p>C) Transmettre une photo aux autorités de contrôle et de tarification montrant l'emplacement choisi pour le registre</p> <p>C) Transmettre les inscriptions à l'ordre des professionnels infirmiers</p> <p>Transmettre aux autorités de contrôle et de tarification les documents ou autres élément probants qui en attestent.</p>	<p>A : le registre est accessible et consultable au bureau des admissions</p> <p>B : nous engageons les démarches auprès de la mairie pour procéder à la signature du registre d'ici fin septembre eu égard aux congés</p> <p>C : voir PRESC7B1 à 12</p> <p><u>Documents transmis</u></p> <p><i>PRESC8-registre entrées sorties</i></p> <p><i>PRESC7B1 à 12 attestations ordre IDE</i></p>	<p>Au regard de la réponse de l'établissement et des documents transmis,</p> <p>La prescription 8 est partiellement maintenue</p> <p>B : maintenue ; A-C : retirées</p> <p><u>Document à transmettre</u></p> <p>B- Transmettre la copie de la page de signature (date et signature) du registre des entrées et des sorties des résidents visé par le maire</p>	<p>Articles L. 331-2 et R331-5 CASF</p> <p>Article L.4311-15 du CSP.</p>	<p>E16, E19, E20</p>	B- fin 2025
Presc 9	2.3-Fonction support-Gestion d'informations	<p>Assurer la complétude des dossiers des résidents dans le respect de la réglementation, notamment en référencant les PAI, les synthèses et les formulaires de désignation du médecin de traitant</p> <p>Transmettre aux autorités de contrôle et de tarification les documents ou autres élément probants qui en attestent.</p>	<p>Nous vous joignons le tableau de suivi des PP (voir INJ3). Nous allons relancer la planification des PP qui a été freinée par le départ des deux psychologues en juin et juillet 2025. A ce jour, nous avons recruté une psychologue à mi-temps et conservé des interventions de l'ancienne psychologue en prestations un samedi sur 2. Nous poursuivons les démarches pour assurer le recrutement des 1.5 postes de psychologues vacants.</p> <p>Concernant les synthèses, elles avaient été initiées en mai 2025 sur un rythme hebdomadaire qui n'a pas pu être maintenu du fait du manque de stabilité des effectifs. Afin de favoriser les échanges pluridisciplinaires, nous prévoyons d'intégrer au temps de transmission les réunions de synthèses avec comptes rendus en transmissions ciblées sur Imago.</p>	<p>Prescription 9 maintenue</p> <p>Il est pris acte de la réponse de l'établissement mais les éléments transmis ne permettent pas de répondre aux attendus et d'établir que les documents demandés figurent dans les dossiers de chaque résident.</p> <p><u>Documents à transmettre :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Copies des dossiers de 5 résidents <p>Il est rappelé à l'établissement que le PAI doit comporter uniquement la partie hébergement et vie quotidienne. Tout ce qui relève des éléments diagnostiques ou</p>	<p>Article R. 331-5 et D.312-203 CASF</p>	<p>R22</p>	3 mois

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
		<p>Un formulaire de désignation d'un médecin traitant est remis lors de l'admission à la famille depuis 2024 (annexe 9 du dossier d'admission)</p> <p><u>Documents transmis :</u></p> <p>Voir INJ3B4-tableau prévisionnel PP PRESC9-formulaire désignation MT PRESC9.1-émargement réunion synthèse</p>	<p>de soins doit être stocké dans le dossier de soins de chaque résident, hors dossier administratif, sous peine d'atteinte à la dignité des personnes et au secret médical.</p>			
Presc 10	2.3-Fonction support-Gestion d'informations	<p>S'assurer de la confidentialité des données médicales des dossiers médicaux des résidents en les stockant dans une armoire sécurisée.</p> <p>Transmettre aux autorités de contrôle et de tarification les documents ou autres éléments probants qui en attestent</p>	<p>Nous allons commander des armoires sécurisées dans chaque poste de soins (8 armoires)</p> <p><u>Documents transmis</u></p> <p>PRESC10.1-devis armoires PRESC10.2-photo armoires</p>	<p>Documents transmis suffisamment probants</p> <p>Prescription 10 maintenue</p> <p><u>Document à transmettre :</u></p> <p>- toutes preuves de l'achat et de l'installation des armoires</p>	<p>Articles R4127-45 I et L1110-4 CSP.</p>	E21
Presc 11	2.3-Fonction support-Gestion d'informations	<p>Elaborer le rapport annuel d'activité de l'établissement de 2024</p> <p>Transmettre le rapport aux autorités de contrôle et de tarification</p>	<p>Nous vous joignons le rapport d'activité des établissements Arpavie du département 94</p> <p><u>Document transmis :</u></p> <p>PRESC11-RAPPORT ACTIVITE 2024</p>	<p>Document transmis suffisamment probant</p> <p>Prescription 11 retirée</p>	<p>R.314-50 CASF et D.312-203 CASF</p>	E18
Presc 12	3.1-Prise en charge-Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<p>Mettre en œuvre et pérenniser les mesures et dispositifs garantissant un accompagnement qualitatif et sécurisé des résidents à l'admission et pendant l'ensemble de leur séjour, notamment :</p> <p>A) Faire viser par un médecin les dossiers uniques de demande d'admission</p> <p>B) Réaliser systématiquement à l'admission d'un résident une évaluation de son état de dépendance et la faire pour les résidents où elle est manquante</p> <p>C) Réaliser pour chaque résident nouvellement accueilli une</p>	<p>Ce process est suivi au sein de l'établissement. Lors de l'inspection de l'ARS, vous avez constaté que deux entrées sur 15 ne répondent pas au process car elles venaient d'être réalisées.</p> <p>Nous allons organiser un rappel de la procédure aux équipes pour s'assurer du respect à chaque entrée</p> <p>L'ensemble des documents seront transmis dès la prochaine admission</p> <p>A : réalisé par le medec depuis son arrivée en juin 2025</p> <p>B : réalisé par le medec pour déterminer le GIR à l'entrée et réévaluation 1 mois après</p> <p>C : réalisé le medec et psychologue et la cadre de santé conformément à la check list avec traçabilité sur Imago</p> <p>D : réalisé par cadre de santé qui délègue à l'IDE avec transmission [REDACTED] pour permettre la prescription de la texture, l'hydratation (eau plate, gazeuse, gélifiée)</p>	<p>Prescription 12 maintenue</p> <p>Mesure en cours de mise en œuvre</p> <p>Les éléments de preuve sont en cours de recueil et ils seront transmis à l'issue de la première admission d'un nouveau résident au sein de la structure.</p> <p><u>Document à transmettre :</u></p> <p>A. La photographie de la dernière demande d'admission d'un futur résident comportant le visa du médecin ayant donné son avis à l'issue de l'analyse de son dossier unique.</p> <p>B. Une capture d'écran de la fenêtre du logiciel [REDACTED] faisant preuve d'une traçabilité dans le dossier médical du</p>	<p>Articles L. 311-3 (1°) (3°) du CASF, D.312-158 (2°- 4°) et D312-155-0 I (3°) du CASF. Article L. 1110-5 du CSP.</p>	<p>E25,E26, E27</p> <p>A- 6 mois</p> <p>B-C-D dès la prochaine admission</p>

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
	<p>évaluation du bilan gériatrique selon ses antécédents personnels pour les dimensions cognitives, comportementales et humeurs. Pour les autres dimensions de ce bilan, leur évaluation à l'admission doit être systématique comme prévu dans la check-list d'entrée d'un nouveau résident</p> <p>D) Réaliser à l'admission et tracer systématiquement dans le dossier médical du résident la réalisation du test au verre d'eau, notamment pour les résidents provenant de leur domicile,</p> <p>Transmettre aux autorités de contrôle et de tarification tous documents qui en attestent</p>	Nous vous communiquerons les éléments de preuve lors de notre prochaine admission	<p>nouveau résident admis au sein de l'EHPAD du bilan gériatrique réalisé à l'admission dont fait également l'évaluation AGGIR.</p> <p>C. Une capture d'écran de la fenêtre du logiciel Imago faisant preuve de la réalisation lors de l'admission d'un nouveau résident au sein de l'EHPAD d'une évaluation de la présence d'un trouble de la déglutition.</p>			

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre	
Presc 13	3.8-Prise en charge-Soins	<p>Optimiser la prise en charge soins pour garantir, la santé, la sécurité et le bien-être physique et moral des résidents, notamment :</p> <p>A) Elaborer pour chaque résident, un projet de soins complet et rédigé au plus tard 3 mois après son admission et mis à jour a minima annuellement. Ce projet de soins doit être systématiquement accompagné d'un plan de soins actualisé régulièrement et autant de fois que de besoin en fonction de l'évolution de l'état de santé du résident,</p> <p>B) réaliser annuellement une synthèse de l'évolution de l'état clinique de chaque résident, afin de permettre en cas de prise en charge par un confrère qui ne connaît pas le résident, de disposer des derniers éléments de son évolution médicale.</p>	<p>A : à ce jour, 65% des PP sont réalisés et 47% sont à jour. Voir le tableau de suivi des PP. Concernant les plans de soins, ils sont tous saisis dans Imago et actualisés régulièrement. Les plans de soins ont été repris selon l'autonomie du résident à partir du 11.03.25.</p> <p>B : La medec, depuis son arrivée, tient un tableau EXCEL pour les admissions et qui intègre le calendrier de suivi annuel</p> <p>C : Dans le contexte de l'adossement d'Arpavie à l'association SOS, un travail de mise en commun et d'harmonisation des procédures de soins palliatifs est en cours.</p> <p>Nous travaillons avec l'HAD de la Croix Saint Simon en établissant des dossiers dormants (anticipation de leur intervention). Dans les cas de dégradation rapide, le medec a établi de prescriptions de fin de vie. Dans le cadre d'une dégradation clinique d'un résident, nous pouvons l'orienter vers l'hôpital Sainte Camille et si décision collégiale est prise de prodiguer des soins palliatifs, nous sollicitons l'intervention de l'HAD de la Croix Saint Simon.</p>	<p>Au regard de la réponse de l'établissement et des documents transmis,</p> <p>La prescription est partiellement maintenue</p> <p>A-B-C : maintenues ; D : retirée</p> <p><u>Document à transmettre :</u></p> <p>A. Tout document justificatif relatif à l'élaboration des projets de soins des résidents accompagnés.</p> <p>B. Document probant justifiant la réalisation d'une synthèse médicale annuelle pour chaque résident.</p> <p>C. Le protocole de prise en charge relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie dès qu'il est élaboré et diffusé aux professionnels concernés.</p>	Article L. 311-3 (1°) (3°) du CASF Article L. 1110-5 du CSP.	E37,R30, E32, E38, E39	A-B 6 mois C- dès son élaboration
		<p>C) Elaborer un protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie.</p> <p>D) l'établissement doit veiller à la diffusion et à l'appropriation par chaque soignant du contenu du protocole de prise en charge de la douleur.</p> <p>Transmettre aux autorités de contrôle et de tarification tous documents qui en attestent</p>	<p>A ce jour, il existe une convention avec l'hôpital Sainte Camille afin de faciliter les flux de patients et d'optimiser la prise en charge gériatrique. Une IDE de l'équipe mobile interviendra auprès des équipes les :</p> <ul style="list-style-type: none"> •1 et 8/09 : incontinence et soins de bouche •3 et 9/09 : prévention d'escarre <p>D : nous allons programmer deux formations en interne sur la prise en charge de la douleur (voir calendrier interne)</p> <p><u>Documents transmis</u></p> <p>Voir INJ3B2-tableau prévisionnel PP PRESC13A-CR reprise plan de soins Voir INJ8.5-calendrier formation interne PRESC13B-tableau excel suivi admissions PRESC13C-mail formation équipe mobile</p>				

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre	
Presc 14	3.8-Prise en charge-Soins	<p>Garantir la qualité des soins, notamment :</p> <p>A) Compléter systématiquement l'ensemble des colonnes et items du registre des stupéfiants</p> <p>B) Incrire systématiquement dans le registre des stupéfiants la quantité de stupéfiants livrée par la pharmacie</p> <p>C) Assurer un contrôle mensuellement du chariot d'urgence.</p> <p>Transmettre aux autorités de contrôle et de tarification tous documents qui en attestent</p> <ul style="list-style-type: none"> - copie du registre (A et B) sur 1 mois à compter de la notification de la mesure - C copie de la fiche de traçabilité du contrôle du chariot d'urgence 	<p>Nous vous joignons les feuilles du registre des stupéfiants de juillet 2025 avec les quantités livrées par la pharmacie ainsi que la fiche de traçabilité du chariot d'urgence.</p> <p>L'amiodarone n'est pas présente dans le chariot d'urgence mais dans la dotation thérapeutique d'urgence qui se trouve dans une armoire sécurisée à côté du chariot d'urgence au 1er étage.</p> <p>L'annexe 1 du circuit du médicament n'est pas à jour de la liste des prescripteurs, nous l'avons mise à jour avec les interventions [REDACTED] des médecins prescripteurs Arpavie [REDACTED]</p> <p>Concernant la durée de prescription des psychotropes, nous travaillons ce sujet qui dépend de la stabilité des médecins sur le site.</p> <p>A ce jour, le contrôle des médicaments sur la structure est assuré par le préparateur en pharmacie à la livraison et par les IDE au moment de l'administration. Nous allons revoir cette organisation dans le cadre de la fermeture de la PUI ainsi que la convention qui nous lie à la pharmacie [REDACTED]</p> <p><u>Documents transmis :</u></p> <p><i>PRESC14AB-registre stup</i> <i>PRESC14C-chariot d'urgence</i> <i>PRESC14-annexe 1 proc médicaments</i> <i>PRESC14-fiche de tâche préparateur en pharmacie</i></p>	<p>Au regard des documents transmis, La prescription 14 est retirée</p>	<p>Article R. 5126-1 du CSP, recommandations HAS (Gestion des urgences vitales dans l'enceinte de l'établissement (3.6-05), 7/12/2023</p> <p>Annexes 1 et 2 de l'arrêté du 29 octobre 2019 relatif aux défibrillateurs automatisés externes et à leurs modalités de signalisation dans les lieux publics et les établissements recevant du public</p> <p>Arrêté du 7 octobre 1991 fixant la liste des substances de la liste I des substances vénéneuses à propriétés hypnotique et/ou anxiolytique dont la durée de prescription est réduite, notamment son article 1er.</p>	E34, R43, R44, R50, R51, R52	

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre	
Presc 15	4.2-Relations avec l'extérieur-Coordination avec les autres acteurs	<p>A) Conclure des conventions avec les partenaires extérieurs (équipe mobile de HAD, de soins palliatifs, gériatrique, de gérontopsychiatrie)</p> <p>B) formaliser une convention avec un laboratoire d'analyse médicale</p> <p>C) Etablir des conventions avec chaque professionnel libéral (paramédicaux et médecins traitants) reprenant les modalités d'intervention du professionnel, la transmission d'informations, les modalités de coordination des soins avec le médecin coordonnateur de l'établissement, la formation continue du professionnel et signées des deux parties</p> <p>Transmettre aux autorités de contrôle et de tarification les démarches entreprises et/ou les conventions déjà finalisées</p>	<p>A / Nous vous joignons les conventions de partenariats existantes au sein de l'établissement. Nous avons comme projet de signer des conventions avec deux résidences autonomie [REDACTED] et venons de renouveler le partenariat avec l'HAD Croix Saint Simon. Le docteur [REDACTED] a pris contact avec une équipe mobile psychiatrique qui n'a pas la capacité de nous apporter son soutien (voir mail ci-joint).</p> <p>Dans le cadre de la convention avec l'Hôpital Sainte Camille, intervention de l'équipe mobile gériatrique (voir PRESC14) avec à ce jour des actions de formations</p> <p>B : convention avec le laboratoire jointe</p> <p>C : Conventions avec les kinés jointes</p> <p>A date, projet d'un médecin traitant sollicité par une résidente qui a été admise cet été. Rencontre en cours de planification pour expliquer la convention avec l'établissement.</p> <p>Projet de renouveler les conventions et notamment les relations de partenariat avec le CRT94EST car à ce jour, ce partenariat nous permet de proposer des activités d'équithérapie et d'organiser des ateliers chute auprès de résidents (voir mail partenariat CRT94 et info linkedIn™)</p> <p>Projet de se rapprocher du DAC EST94 et réflexion sur un projet de convention pour des prestations ergothérapeutes.</p> <p><u>Documents transmis</u></p> <p>PRESC15A-convention pharmacie [REDACTED]</p> <p>PRESC15A-convention hop ste camille</p> <p>PRESC15A-sos médical</p> <p>PRESC15A-Convention CRT94</p> <p>PRESC15A-attestation poursuite convention had</p> <p>PRESC15Aa-mail partenariat CRT94</p> <p>PRESC15Ab-linkedin bien vieillir idf</p>	<p>Au regard de la réponse de l'établissement et des documents transmis,</p> <p>La prescription 15 est partiellement maintenue</p> <p><u>Document à transmettre :</u></p> <p>A. Communiquer les conventions signées par les deux parties prenantes avec : une équipe mobile de soins palliatifs, une équipe mobile de gériatrie ; une équipe mobile de gérontopsychiatrie.</p> <p>Communiquer la convention signée relative au laboratoire d'analyses médicales qui n'est signée que par le représentant de l'EHPAD.</p> <p>C. Identifier et établir une convention avec une structure de soins ayant un service d'accueil des urgences.</p>	<p>Articles L. 314-12, R.313-30-1 du CASF</p> <p>Articles L. 1112-4 D. 6124-204, R. 5126-106 CSP</p>	<p>E42, E43, E44, E45, R47, R53</p>	<p>A- 3 mois</p> <p>B- 6 mois</p> <p>C- 6 mois</p>

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
		<p><i>PRESC15B-convention labo</i> <i>PRESC15C1-convention imh hop ste camille</i> <i>PRESC15C2-convention kine1</i> <i>PRESC15C3-convention kine2</i> <i>PRESC15C4-CONVENTION KINE3</i> <i>PRESC15.1-projet convention ra chennevieres</i> <i>PRESC15.2-projet convention ra villiers</i> <i>PRESC15.3-Mail équipe mobile psy</i></p>				
Presc 16	3.3-Prise en charge-Vie sociale et relationnelle	<p>Elaborer un projet d'animation et proposer des animations diversifiées toute la semaine</p> <p>Nous allons intégrer au projet d'établissement le projet de service de l'animation. Nous avons commencé une réflexion avec la psychologue et les AS pour proposer des activités flash (thérapies non médicamenteuses) auprès des résidents. La psychologie va assurer les formations aux activités flash et TNM. A ce jour, le programme d'animation hebdomadaire est affiché dans l'ensemble de l'établissement et un programme mensuel est intégré au journal "La plume" envoyé aux familles.</p> <p><u>Documents transmis</u></p> <p><i>PRESC16.1- PE OBJECTIFS ANIMATION</i> <i>PRESC16.2-PROJET ACTIVITE FLASH</i> <i>PRESC16.3-EVAL COUT ACTIVITES FLASH</i> <i>PRESC16.4-DEVIS MATERIEL ACTIVITE FLASH</i></p>	<p>Documents probants. La prescription 16 est retirée</p>	Article D312-159-2 du CASF	E31, R34	
Presc 17	3.8-Prise en charge-Soins	<p>Consigner régulièrement dans le dossier médical informatisé les observations médicales de suivi</p> <p>Sensibilisation des médecins à l'utilisation d'Imago et à la traçabilité dans les dossiers médicaux, réactivée dans le cadre de l'intégration de nouveaux médecins.</p> <p>Accompagnement du medec [REDACTED] en date du 20/06 par le docteur M, directrice médicale adjointe, pour une première prise en mains de l'outil Imago™. Pour mémoire, le docteur A N a pris ses fonctions le 17 juin 2025. Depuis son arrivée, elle prend en charge toutes les admissions afin de s'assurer que l'intégralité des informations soit recueillie (bilan d'entrée et examen clinique par ses soins) et saisie dans [REDACTED]</p>	<p>Injonction 7 transformée en prescription 17 Prescription 17 maintenue</p> <p><u>Documents à transmettre :</u></p> <p>A. Document probant justifiant la répartition des résidents selon un calendrier de suivi de leur état clinique.</p> <p>B. Document probant précisant la fréquence prévue des évaluations de l'état clinique des résidents accompagnés même en l'absence de point d'appel clinique.</p>		R29	1 mois

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
		<p>Journée d'intégration du medec le 3 juillet avec présentation Imago SR, portfolio médical et soins, évaluation HAS, réunions dénutrition, contentions, chutes, synthèse...</p> <p>Recrutement d'un médecin prescripteur, le docteur [REDACTED] à hauteur de 0,2 ETP en CDI depuis le 19/07/25 qui intervient le samedi.</p> <p>Accompagnement du docteur [REDACTED] par le medec concernant l'outil Imago et les procédures de traçabilité médicale le 18/07. Depuis l'arrivée [REDACTED]</p> <p>[REDACTED] a établi une liste alphabétique des résidents afin d'organiser leur suivi régulier et renouveler des checks up</p> <p><u>Documents transmis</u></p> <p><i>INJ7.1-ODJ journée intégration MEDEC</i></p> <p><i>INJ7.2- acompte [REDACTED]</i></p>	<p>D. Document probant justifiant les observations de suivi d'un résident par une capture d'écran à partir du logiciel ImagoSR.</p>			
Presc 18	3.8-Prise en charge-Soins	<p>Consigner systématiquement dans le dossier médical d'un résident sous contention : les conclusions de l'évaluation de la balance bénéfice/risque, le consentement du résident ou de son représentant légal le cas échéant</p> <p>Transmettre aux autorités de contrôle et de tarification la liste anonymisée des résidents sous contention, la date de la dernière évaluation clinique et la date de recueil de leur consentement ou de celui de leur représentant légal</p> <p>Nous vous joignons le tableau de suivi des résidents sous contention. Chaque contention fait l'objet d'une prescription accessible sur Imago ou format papier dans les postes de soins. Chaque prescription est renouvelée tous les 28 jours avec réévaluation médicale. Afin de favoriser les échanges pluridisciplinaires, nous prévoyons d'intégrer au temps de transmission les réunions de synthèse avec compte rendu ciblée sur [REDACTED]</p> <p>Pour le recueil du consentement, depuis l'arrivée du medec, celui-ci est recueilli et tracé dans Imago™. Le consentement est recueilli auprès du résident, s'il est cognitivement apte à recevoir l'information, concernant le cas échéant, le représentant légal. Sinon, la personne de confiance, est informée par le medec.</p> <p>Concernant l'évaluation bénéfices risques, nous améliorons la traçabilité de cette évaluation via les transmissions ciblées</p> <p><u>Documents transmis</u></p> <p><i>INJ9-1-suivi des contentions</i></p> <p><i>INJ9-2-procédures gestion contention</i></p> <p><i>INJ9.3-logigramme2 contention en urgence</i></p>	<p>Injonction 9 transformée en prescription 18</p> <p><u>Documents à transmettre :</u></p> <p>A. Document probant justifiant l'évaluation systématique de la balance bénéfice/risque avant la mise en place d'une contention hormis pour les contentions qui sont prescrites en cas d'urgence.</p> <p>Pour les contentions prescrites en cas d'urgence, une évaluation de la balance bénéfice/risque doit être réalisée dans les meilleurs délais après sa mise en place. Ses conclusions doivent être consignées dans le dossier médical du résident concerné.</p> <p>Document probant justifiant la demande et l'obtention du consentement écrit du résident ou de son représentant légal le cas échéant en amont de la mise en place</p>	Article L311-3 (1°) (3°) du CASF Contrat de séjour	E30	3 mois

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre	
			d'une contention hormis pour les situations d'urgence. Pour les contentions prescrites en cas d'urgence, le consentement écrit du représentant légal est à recueillir dans les meilleurs délais.				
Presc 19	2.5-Fonction support-Sécurités	<p>A) Mettre la signalétique du nouveau local DASRI en conformité avec la réglementation.</p> <p>B) Mettre en place la signalétique du DAE conformément à la réglementation</p> <p>Transmettre aux autorités de contrôle et de tarification tous documents qui en attestent</p>	<p>La signalétique est installée conformément à la réglementation, ci-joint photos. Un projet est en cours pour faire évoluer l'ensemble de la signalétique sur l'établissement avec un objectif d'harmonisation (devis ci-joint). La localisation du DAE est affichée dans les postes de soins.</p> <p><u>Documents transmis</u></p> <p><i>INJ5A-photo DASRI</i></p> <p><i>INJ5B-photo DAE</i></p> <p><i>INJ5-devis signalétique</i></p>	<p>Injonction 5 transformée en prescription 19</p> <p>Mesure en cours de mise en œuvre.</p> <p><u>Document à transmettre :</u></p> <p>Tout document probant permettant de constater la réalisation du projet en cours pour l'harmonisation de l'ensemble de la signalétique sur l'établissement.</p>	Article 8-1° de l'arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques. Article 1 de l'arrêté du 29 octobre 2019 relatif aux défibrillateurs automatisés externes et à leurs modalités de signalisation dans les lieux publics et les établissements recevant du public.	E23, E35	6 mois

Recommandations

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Réf Rapport
Reco 1	1.1-Gouvernance-Conformité aux décisions de l'autorisation ou de la déclaration	L'établissement devrait élaborer un projet de service pour l'UVP.	Une partie de l'objectif est déjà inscrit dans le projet d'établissement et dans le plan d'action qualité. Nous prévoyons sa finalisation au plus tard en juin 2026.	En cours de mise en œuvre Recommandation maintenue R27
Reco 2	1.2-Gouvernance-Management et Stratégie	- Pour clarifier les missions des deux infirmières coordinatrices (IDEC) entre elles et envers les personnels soignants, l'établissement devrait prévoir une fiche de poste différenciée et nominative pour chacune - L'établissement devrait encourager les deux IDEC à suivre une formation spécifique à la coordination et celle qui est présentée comme cadre de santé dans la formation qualifiante de cadre de santé	Nous vous joignons la fiche de poste de la cadre de santé. A l'appui de ce document, nous avons travaillé la répartition des tâches entre IDEC et cadre de santé. Pour mémoire, S M vient d'être diplômée cadre de santé en juin 2025. Pour le recrutement de l'IDEC, nous prévoyons, selon le profil, de l'engager dans un parcours de formation. <u>Documents transmis :</u> RECO2-Fiche de poste cadre de santé RECO2- Répartition tâches IDEC CADRE SANTE	Recommandation maintenue Maintenue dans l'attente de la transmission d'une fiche de poste différenciée entre le cadre de santé et l'IDEC, d'une copie du diplôme du cadre de santé et de sa feuille de paie (août, septembre 2025). Il est rappelé à l'établissement qu'un cadre de santé titulaire du diplôme d'Etat de cadre de santé ne peut être assimilé à un IDEC, aussi ils ne peuvent avoir une fiche de poste commune, telle que présentée par l'établissement (Art. D312-158-1 du CASF) La direction est libre de l'organisation des soins qu'elle souhaite mettre en place dans l'établissement mais quand un EHPAD recrute un cadre de santé et un IDEC, la répartition des fonctions est la suivante : Le cadre de santé : l'organisation du service de soins L'IDEC : l'accompagnement des professionnels de terrain dans la prise en charge qualitative des soins. R5, R6
Reco 3	3.1-Prise en charge-Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	L'établissement devrait utiliser VIA-TRAJECTOIRE.	A ce jour, utilisation d'un outil interne pour assurer le suivi des demandes d'admission. Cette organisation sera revue dans le cadre de l'adossement d'Arpavie à SOS, avec un suivi sur via trajectoire.	En cours de mise en œuvre Recommandation maintenue R26
Reco 4	3.1-Prise en charge-Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	La direction devrait désigner dans l'équipe soignante un référent PAI par résident.	La démarche a été relancée en juin 2025 pour nommer des référents. Chaque aide-soignant a en charge un minimum de 8 à 9 résidents, dont il sera le référent principal et l'interlocuteur privilégié du résident. Les psychologues ont recueilli auprès des soignants leurs souhaits afin de tenir compte des affinités et des liens déjà établis avec les résidents. Les objectifs de cette démarche sont les suivants : -Renforcer la qualité de la prise en charge	En cours de mise en œuvre. Recommandation maintenue En attente de la liste des résidents avec leur référent R28

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Réf Rapport
		<ul style="list-style-type: none"> -Assurer un accompagnement individualisé et cohérent -Favoriser une meilleure communication entre les équipes, les résidents et leurs familles Démarche à replanifier dans le PAQ en tenant compte de l'effectif des psychologues <u>Document transmis :</u> Voir INJ3B2-TABLEAU PREVISIONNEL PP 		
Reco 5	2.3-Fonction support-Gestion d'informations	<ul style="list-style-type: none"> - Les données relatives à la couverture vaccinale des résidents contre la grippe devraient être consolidées et uniformes sur tous les supports de communication. - Il conviendrait de mettre à jour régulièrement et à chaque évolution des connaissances scientifiques ou publication de recommandations par les sociétés savantes, les protocoles et procédures, notamment ceux élaborés avant 2022. - Il peut être utile d'ajouter dans la procédure « gestion des plaies », à la description de chaque prise en charge d'une plaie ou d'une escarre, une photographie de ce type de lésion. - Les trois RAMA de 2022 à 2024 devraient comporter les conclusions de l'analyse des événements indésirables et de l'analyse des complications liées aux soins. <p>Chiffre consolidé sur les résidents vaccinés dans le RAMA 2024 joint au rapport (vaccination contre la grippe 87.31%) Perspective de remise à jour des procédures dans le cadre de l'intégration au groupe SOS La procédure escarres contient la gestion des photos (procédure mise à jour en mars 2025) Le rapport d'activité 2024 intègre un bilan des EI et des plaintes et réclamations</p> <p><u>Documents transmis :</u> RECO5-RAMA 2024 Voir PRESC11-RAPPORT ACTIVIE 2024</p>	<p>En cours de mise à jour des protocoles et procédures</p> <p>Recommandation maintenue</p> <p>R23, R48, R49, R21</p>	
Reco 6	3.2-Prise en charge-Respect des droits et des personnes	<p>L'établissement devrait :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Remettre l'organigramme de l'établissement avec le livret d'accueil. - Proposer une collation au résident la nuit le cas échéant afin de limiter le jeûne à 12h <p>L'organigramme est affiché et sera désormais joint au livret d'accueil des résidents Concernant les collations, nous les avons remises en place avec un suivi depuis fin juillet 2025 afin d'évaluer le besoin. A l'accueil, un formulaire des plaintes et réclamations est à disposition des familles. Elles font l'objet d'un suivi dans [redacted] La plateforme du prestataire permet de réaliser le suivi des stocks dans l'établissement et de faire le lien avec les besoins liés au plan de</p>	<p>Recommandation maintenue</p> <p>En attente du tableau de suivi des besoins des collations</p>	<p>R32, R36, R42, R41</p>

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Réf Rapport
		<ul style="list-style-type: none"> - Transmettre une copie du recueil de l'attente et de la satisfaction des résidents et de leurs familles. - Rationaliser le suivi des commandes de protection et leur stockage 	change des résidents. Lors des commandes mensuelles, l'IDEC doit assurer cette gestion de stock avant d'opérer la commande.	
Reco 7	3.8-Prise en charge-Soins	<p>L'établissement devrait :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluer mensuellement l'IMC et l'état nutritionnel de tous les résidents. - Proposer systématiquement aux résidents dénutris non seulement un régime hyperprotidique mais également un régime hypercalorique - Les CNO ne devraient pas être prescrits aux résidents normopondéraux, en surpoids ou obèses. 	<p>L'IMC est bien évalué tous les mois.</p> <p>Les prescriptions pour les régimes et CNO seront réévalués lors des réunions nutrition.</p>	Recommandation maintenue
Reco 8	3.8-Prise en charge-Soins	<p>L'établissement devrait mettre en place une organisation et un fonctionnement des équipes soignantes qui permettent une prise en charge en soins continue, qualitative et sécurisée, notamment en :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formalisant une procédure de gestion des absences prévues et/ou inopinées de son personnel soignant, - Organisant en dehors des temps de transmission, des temps d'échanges collectifs permettant d'interroger les pratiques professionnelles et la culture institutionnelle - Utilisant son logiciel dédié pour élaborer les plannings - Révisant les plages horaires de pause des infirmiers de jour afin qu'elles ne se chevauchent plus pour garantir la continuité des soins infirmiers 	<p>Voir prescription 7.</p> <p>Rédaction d'une note sur l'organisation des soins et la gestion des présences.</p> <p>L'accord collectif sur le temps de travail prévoit que les salariés disposent d'un temps de pause de 1.5H pour une durée effective de 10H et amplitude de 11.5H.</p> <p>Mise en place d'une réunion plénière mensuelle depuis avril 2025 (voir CR en PRESC7). Projet de mettre en place des réunions intermédiaires sur des thématiques.</p> <p>Travail de réflexion avec la DRH pour supprimer l'outil EXCEL et fiabiliser les données saisies dans Octime car la multiplicité des saisies est source d'erreur. Nous prévoyons un point d'étapes avec la RRH en septembre/octobre 2025.</p> <p>Projet de réviser l'accord sur le temps de travail</p> <p>Des pauses en décalées sont planifiées et inscrites dans les plannings afin d'assurer une continuité de prise en charge. L'infirmière de nuit arrive à 20H et fait le point avec les AS qui terminent à 20H30.</p>	Recommandation maintenue <p>Il est pris acte des engagements de l'établissement et de l'organisation à venir. Néanmoins, la recommandation est maintenue dans l'attente de la transmission :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le nouveau roulement de base des AS intégrant des temps de pause pour une répartition par étage permettant l'aide au repas et la présence permanente d'au moins 1 AS pour intervenir en cas d'urgence, - les plannings réalisés des 2 derniers mois.

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Réf Rapport	
		<ul style="list-style-type: none"> - Prévoyant un autre temps de pause pour l'ensemble des soignants, en plus de celui du déjeuner - Prévoyant dans les fiches de postes et dans les plannings des temps de chevauchement afin d'assurer les transmissions entre équipe de nuit et équipe de jour des AS et entre les équipes de nuit et de jour des IDE 			
Reco 9	3.8-Prise en charge-Soins	<p>Garantir la qualité des soins</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un DLU papier devrait être élaboré pour chaque résident et régulièrement mis à jour - Une réflexion devrait être engagée pour réviser le système de préparation de dose à administrer (PDA) pour disposer d'un conditionnement permettant de garder le blister et de vérifier les dates de péremption au moment de la distribution des médicaments. - La composition médicamenteuse du chariot d'urgence devrait être complétée par l'ajout d'atropine et d'amiodarone. - Les noms des prescripteurs des médicaments consignés dans l'annexe 1 de la procédure du circuit de prise en charge médicamenteuse devraient être réactualisés. <p>La fiche de traçabilité du relevé quotidien des températures du réfrigérateur des médicaments thermosensibles devrait être systématiquement renseignée</p>	<p>Le DLU est toujours accessible et imprimable. La dernière version du DLU est stockée dans l'imprimante. (voir procédure)</p> <p>La vérification des dates de péremption est faite en amont par le pharmacien</p> <p>Voir PRESC14</p> <p>Un tableau de recueil des températures est mis en place. Nous engageons une sensibilisation des équipes afin d'améliorer la traçabilité qui sera facilitée par la stabilité de l'équipe IDE.</p> <p><u>Documents transmis :</u> RECO9 - TABLEAU DE SUIVI</p>	<p>Recommandation maintenue</p> <p>Les engagements de l'établissement ont été pris en considération. Toutefois, pour garantir la qualité des soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les DLU doivent être mis à jour semestriellement, en particulier pour les résidents qui ne présentent pas une évolution de leur état clinique - La procédure du circuit du médicament devrait être mise à jour, notamment son annexe 1. Elle devrait comporter les noms des prescripteurs actuels des médicaments exerçant au sein de la structure - La copie de fiche de traçabilité du réfrigérateur des médicaments thermosensibles dûment complétée devrait être communiquée à l'ARS 	R46, R36, E41, R50
Reco 10	4.2-Relations avec l'extérieur-	Il conviendrait de compléter avec l'officine en pharmacie, par avenant au contrat : la fréquence des	Suite à la fermeture de la PUI, nous allons revoir la convention avec la pharmacie. Projet de rencontre en septembre en cours de planification	<p>En cours de mise en œuvre</p> <p>Recommandation maintenue</p>	R52

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Réf Rapport	
	Coordination avec les autres acteurs	livraisons, le circuit des stupéfiants, la fonction du professionnel qui effectue le double contrôle des PDA et le traitement de non-conformités de PDA			
Reco 11	1.4-Gouvernance-Gestion de la qualité	Le logiciel dédié à la politique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques devrait être renseigné afin de suivre régulièrement l'avancée du PACQ	Pour améliorer le suivi du PAQ, nous allons augmenter le nombre de réunions.	<p>Recommandation maintenue Transmettre les comptes-rendus des réunions des 3 derniers mois et le planning prévisionnel des réunions jusqu'à la fin de l'année</p>	R10

Annexe 2 : Suivi de l'injonction relative à l'organisation et au suivi médical des résidents mise en place dans l'établissement prise en application de l'article L. 313-14 du code de l'action sociale et des familles (CASF) et de l'article L.1421-3 du code de la santé publique (CSP), notifiée par courrier en date du 13 juin 2025.

Thème IGAS	Mesure notifiée le 13 juin 2025	Réponse de l'établissement	Décision	Réf. réglementaire	Délais de mise en œuvre
Inj 1	<p>1.2- Gouvernance-Management et Stratégie</p> <p>3.8-Prise en charge-Soins</p> <p>Injonction partiellement maintenue Mettre tout en œuvre pour assurer la continuité des prises en charge médicales individuelles de l'ensemble des résidents</p> <p>Maintien sur les éléments suivants : A-Transmettre tous les documents probants justifiant de : - L'intervention des médecins et de la cadre de santé du siège au sein de l'EHPAD en précisant leur(s) mission(s), - La mise en œuvre opérationnelle de la télémédecine par le prestataire EPOCA (contrat de prestation, procédure interne d'utilisation et formation du personnel en charge de la mise en œuvre de la télémédecine) - Une extraction anonymisée des prescriptions médicales réalisées pour les résidents sur les 8 derniers jours <u>Délai A : 10 jours</u> ; B- assurer de manière transitoire un temps de coordination médicale dédié dans l'établissement et ce jusqu'au recrutement d'un MEDCO à 1 ETP <u>Délais B : 6 mois</u></p> <p>- b1-précisez, les modalités de mise en œuvre de cette coordination en précisant la répartition EHPAD/siège le cas échéant, si ce temps est partagé avec un médecin du siège et les</p>	<p>- Courrier en date du 2 juillet 2025 - Réunion de suivi le 14/08 (ARS/établissement) - Eléments de réponse du 28/08/2025</p> <p>Courrier du 2/07 2025 Coordination médicale : I1 : contrat du [REDACTED] (voir pièce jointe), médecin coordonnateur, à 0,5 ETP, arrivée le 17 juin 2025. I2 : nous poursuivons les recherches d'un médecin coordonnateur à mi-temps par la diffusion permanente chez les partenaires de l'Association avec relances régulières sur [REDACTED] I3 : projet de convention avec [REDACTED] (proposition commerciale en pièce jointe) pour compléter le temps de coordination, dans l'attente de disposer d'un temps complet. Démarche en cours avec le médecin coordonnateur en poste. <u>Documents transmis :</u> <u>Contrat de travail du MEDEC</u> <u>Diffusions annonces du MEDEC 0,5 ETP</u> <u>Projet de convention avec [REDACTED] (proposition commerciale)</u></p> <p>Recrutement des médecins prescripteurs : 14 : la promesse d'embauche du docteur M H (voir pièce jointe) à 0,2 ETP. Nous poursuivons nos recherches de médecins prescripteurs. A cet effet, nous avons reçu les candidatures suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Docteur H R : entretien le 20 mai, candidature non retenue • Docteur B H: entretien le 11 juin, candidature en cours d'étude • Docteur O R : entretien le 5 juin, candidature retenue, </p>	<p>Injonction partiellement maintenue C : retirées ; A-B-b1-b2 maintenues</p> <p>Point de situation sur le dispositif médical mis en place dans l'établissement pour assurer la continuité des prises en charge médicales des résidents : 1) <u>La coordination médicale :</u> L'établissement a mis en place un dispositif de coordination médicale assuré par un MEDCO à 0,5 ETP (recruté en juin) et par un médecin du siège qui vient en appui pour 0,1 ETP. Il convient cependant de noter que : <ul style="list-style-type: none"> - Le contrat de travail du MEDCO recruté sera définitif à partir du 17 octobre 2025 à l'issue de la période d'essai. - Dix des treize missions du médecin coordonnateur sont consignés dans sa fiche de poste (missions omises : article D312-158 8°, 11°, 13° du CASF). </p> <p>En parallèle, l'établissement est dans une démarche active de recherche d'un temps complémentaire de MEDCO (0,5 ETP) en contrat pérenne afin de se conformer à son obligation réglementaire de 1 ETP de MEDCO en fonction de son capacitaire autorisé. Par ailleurs, dans l'attente du recrutement, l'établissement travaille avec un prestataire sur l'opportunité de développer de la télé</p>	<p>D.312-156 et - 157 CASF</p>	<p>Point de situation sur l'organisation médicale à effectuer tous les trimestres avec l'autorité de contrôle et de tarification jusqu'à stabilisation pérenne de l'organisation médicale</p>

Thème IGAS	Mesure notifiée le 13 juin 2025	Réponse de l'établissement	Décision	Réf. réglementaire	Délais de mise en œuvre
	<p>missions prioritaires assurées par la coordination médicale pour le pilotage et le suivi de la prise en charge médicale et soignante des résidents. Vous préciserez également les temps de chacun dédié à la prescription et/ou à la coordination.</p> <p><u>Délai b1 : 10 jours</u></p> <p>- B2- transmettrez un point de situation sur vos démarches de recrutement d'un ou de 2 MEDCO</p> <p><u>Délai b2 : tous les mois</u></p> <p>C-transmettrez un point de situation sur l'évolution des partenariats entrepris avec les médecins du centre de santé communal.</p> <p><u>Délai C : tous les trimestres</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> Docteur D : entretien le 4 juillet, candidature en cours d'étude, Docteur S A, entretien le 1er juillet candidature en cours d'étude Docteur F C, entretien en cours de planification, candidature en cours d'étude <p>15: mail d'invitation de la Mairie de Villiers sur Marne : rencontre avec la direction du Centre médical de Villiers sur Marne qui s'est déroulée le 26/06 (voir pièce jointe). Réflexion en cours sur les modalités de partenariat.</p> <p><u>Documents transmis :</u> <i>Promesse d'embauche Dr _Médecin prescripteur Mail rencontre du 26 juin 2025 en mairie</i></p> <p>Les interventions des médecins et de la cadre de santé du siège</p> <p>16 : Docteur M : lettre de mission pour 0.2 ETP de médecin prescripteur - (voir pièce jointe)</p> <p>17 : Docteur De : lettres de mission pour 0.1 ETP en coordination médicale- (voir pièce jointe)</p> <p>18-1 : Docteur R : Avenant au contrat de travail- (voir pièce jointe)</p> <p>18-2 : Docteur R : lettre de mission concernant l'intervention au sein de l'EHPAD qui est passée à 0.1 ETP depuis le 16 juin 2025- (voir pièce jointe)</p> <p>19 : B E : lettre de mission- (voir pièce jointe)</p> <p><u>Documents ci-dessus transmis</u></p> <p>La mise en œuvre opérationnelle de la télémédecine par EPOCA</p> <p>110-1 : [REDACTED] 23/06/23 110-2 : [REDACTED] 110-3 : [REDACTED] 110-4 : [REDACTED] 110-5 : [REDACTED] 110-6 : [REDACTED] 110-7 : [REDACTED]</p> <p><u>Documents ci-dessus transmis</u></p> <p>Eléments de réponse du 28/08/2025</p>	<p>coordination en plus de la téléconsultation déjà en place dans l'établissement.</p> <p><i>Cf Prescription 3 annexe 1 sur la doctrine de mise en œuvre de la télé coordination dans les EHPAD.</i></p> <p>Compte tenu de ce qui précède :</p> <p>A est maintenue: dans l'attente du recrutement définitif du MEDCO en cours de période d'essai et de la réactualisation de sa fiche de poste afin d'y intégrer l'ensemble des missions qui incombent à la coordination médicale</p> <p>B est maintenue: dans l'attente du recrutement d'un MEDCO à 0,5 ETP conformément à la réglementation en vigueur (D.312-156 et -157 CASF)</p> <p>Transmettre à l'autorité de contrôle et de tarification tout document probant relatif à :</p> <ul style="list-style-type: none"> L'ajout des trois missions du médecin coordonnateur dans sa fiche de poste. La mise en place de la télé coordination au moyen de la plateforme [REDACTED] tant que la quotité de travail des médecins coordonnateurs de la structure reste en deçà de celle prévue à l'article D312-156 du CASF. <p><i>Cf : Prescription 3 annexe 1 pour la mise en œuvre de la mesure attendue et des délais de mise en œuvre.</i></p> <p>b1 : maintenue</p> <p>Au regard du contrat de travail du MEDCO et de la fiche de tâche du médecin du siège transmis, il n'est pas précisé quelles sont les missions prioritairement assurées par la</p>		<p>A- 2 mois</p> <p>B-2 mois</p> <p>b1 : immédiat</p>

Thème IGAS	Mesure notifiée le 13 juin 2025	Réponse de l'établissement	Décision	Réf. réglementaire	Délais de mise en œuvre
		<p>Lors de la réunion teams du jeudi 14/08/25 avec l'ARS, nous avons convenu d'apporter toutes les pièces complémentaires permettant d'expliciter l'évolution de l'organisation médicale, suite à la procédure ad hoc du 13/06/25. Comme explicité lors de notre échange, l'objectif majeur pour garantir une organisation efficiente est de sécuriser et stabiliser les effectifs, avec une priorité sur le recrutement des médecins et des IDE.</p> <p>Concernant le recrutement des médecins, l'EHPAD a mis en place un contrat de prestation avec [REDACTED], pour assurer de la téléconsultation afin de compléter les interventions des médecins prescripteurs des autres établissements Arpavie (Docteurs R, C et M). Comme médecins prescripteurs, nous avons recruté le docteur N D, [REDACTED] qui intervient à hauteur de 0,2 ETP le samedi. A la suite de son accord oral, nous avons adressé une proposition d'embauche au docteur H qui, à ce jour, ne nous a pas répondu. Pour les médecins, nous tentons de faciliter leur recrutement via notre réseau en complément de la diffusion d'annonces via Arpavie.</p> <p>La recherche d'un mi-temps de médecin coordonnateur est en cours. Dans l'attente, nous étudions, avec le docteur [REDACTED] la faisabilité d'un renfort temporaire sur la coordination médicale avec le dispositif [REDACTED]. Le docteur N est en contact avec la directrice médicale d'EPOCA™ et un RDV est programmé fin septembre.</p> <p>Durant la première quinzaine d'août,</p> <ul style="list-style-type: none"> - le docteur N D est intervenue en complément 2 demi-journées par semaine (durée moyenne de 3H) - le docteur M T est intervenue 2 journées <p>Cette démarche a permis de pallier l'absence du docteur M. Nous vous joignons en complément les fiches de poste du medec et médecin prescripteur.</p> <p>(...)</p> <p><u>Documents transmis :</u></p> <p>PRESC3.1-contract [REDACTED] pour prescription</p> <p>PRESC3.2-contrat D</p>	<p>coordination médicale pour le pilotage et le suivi de la prise en charge médicale et soignante des résidents, dans l'attente d'un temps complet de coordination médicale dans l'établissement et la mise en œuvre intégrale de ces missions.</p> <p>Transmettre à l'autorité de contrôle et de tarification tout document probant relatif à la complémentarité des interventions des deux médecins assurant actuellement des missions de coordination au sein de la structure. Ce document doit également présenter l'ordre de priorisation des missions de coordination, compte tenu d'une part du temps de présence de 0,6 ETP réalisé présentement par les deux médecins coordonnateurs au sein de l'EHPAD, et d'autre part de la taille de la structure (200 résidents).</p> <p>b2 : maintenue L'établissement est dans une démarche active de recherche d'un MEDCO. Les documents transmis sont probants. Toutefois, il convient de faire un point de situation trimestriel pour évaluer les démarches de recrutement mises en œuvre par l'établissement.</p> <p>2) <u>La prescription médicale</u> La prescription médicale est assurée temporairement par deux MEDCO du groupe gestionnaire à hauteur de 0,3 ETP et d'un médecin prescripteur recruté le 19/07/2025 pour 0,2 ETP.</p> <p>L'analyse sur une semaine des prescriptions médicamenteuses anonymisées permet de</p>		b2-trimestriel

Thème IGAS	Mesure notifiée le 13 juin 2025	Réponse de l'établissement	Décision	Réf. réglementaire	Délais de mise en œuvre
		<p>PRESC3.3-fiche de poste medec PRESC3.4-fiche de poste med prescripteur PRESC3.5-fiche mission [REDACTED] PRESC3.6-attestation formation s martins PRESC3.7-contrat appel médical PRESC3.8-contrat Adecco PRESC3.9-certificat scolarité [REDACTED] PRESC3.10-stage [REDACTED] PRESC7A.5-Note_organisation_soins</p>	<p>constater que six médecins ont été amenés à prescrire des ordonnances médicamenteuses informatisées dont deux ne font pas partie des effectifs de médecins communiqués par la structure.</p> <p>L'établissement est dans une démarche active de recrutement de médecins prescripteurs (documents transmis probants) pour stabiliser le dispositif. Par ailleurs, l'établissement a déployé la télémédecine permettant de contacter un médecin 24h/24, 7j/7. Le médecin en télémédecine dispose d'un accès à distance au dossier médical du résident. Les documents transmis prouvent l'opérationnalité du dispositif. Enfin, une cadre de santé du siège intervient dans l'établissement.</p> <p>3) <u>Point de situation sur l'évolution des partenariats entrepris avec les médecins du centre de santé communal.</u></p> <p>Lors de la réunion du 14/08/2025 avec l'ARS, la direction a précisé avoir rencontré les responsables d'un centre médical de la commune le 26/06/2025, afin d'envisager un partenariat relatif à l'intervention de médecins prescripteurs au sein de l'EHPAD. Les modalités de ce partenariat n'étant pas satisfaisantes pour l'établissement, ce projet a été abandonné.</p> <p>C : retirée car devenue sans objet</p> <p>-----</p>		

Thème IGAS	Mesure notifiée le 13 juin 2025	Réponse de l'établissement	Décision	Réf. réglementaire	Délais de mise en œuvre
			Dans l'attente, de la finalisation et de la stabilisation du dispositif médical mis en place dans l'établissement, les mesures maintenues feront l'objet d'un suivi dans le cadre du dialogue de gestion mené entre l'établissement et la Direction départementale de l'ARS du Val-de-Marne.		