RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Île-de-France

Délégation Départementale Seine-et-Marne

Politique de l'offre de soins et de l'autonomie

Département autonomie

Responsable par intérim : [redacted]

Affaire suivie par : [redacted]
Courriel : ars-dd77-etab-medico-sociaux@ars.sante.fr
Téléphone [redacted]

Monsieur [redacted]
Président de l'association La Vie active
4 rue de Beffara
62000 ARRAS

Lieusaint, le 07/03/2024

Lettre recommandée avec AR
2C 184 570 5462

Monsieur le Président,

Dans le cadre du Plan national d'inspection et de contrôle des EHPAD, une inspection a été réalisée au sein de l'EHPAD « Edmé PORTA », situé à MELUN, (FINESS n° 770016939) le 11 mai 2023 par la délégation départementale de l'Agence régionale de santé de Seine-et-Marne (DDARS).

Dans le cadre de la procédure contradictoire, en application des articles L. 121-1 et L. 122-1 du code des relations entre le public et l'administration, je vous ai adressé le 26 juillet 2023 le rapport que nous a remis la mission d'inspection, accompagné de 1 injonction, 17 prescriptions et 19 recommandations que j'envisageais de vous notifier (cf. **annexe**).

Vous m'avez transmis le 02 août 2023 des éléments de réponse détaillés, ce dont je vous remercie.

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

- Finaliser et valider le projet d'établissement et de soins avec ses objectifs de prise en charge en soins pour la période 2022-2027, puis le transmettre au CD et à l'ARS ;
- Etablir et formaliser l'actualisation du plan de crise sanitaire ou climatique de l'EHPAD, en lien avec le MedCo et les responsables de service ;
- Transmettre les diplômes permettant d'apprécier la qualification de la directrice ;
- Faire état de la mise en œuvre des nouvelles mesures attendues au 01/01/2023 dans la constitution et le fonctionnement du conseil de la vie sociale (CVS) au sein de l'EHPAD ;
- Etablir une procédure de priorisation et de déclaration des évènements indésirables actualisée et propre à l'EHPAD ;
- Communiquer à la mission d'inspection la proportion de rotation du personnel et le taux d'absentéisme ;
- Actualiser l'organigramme, y mentionner le nom des professionnels et l'afficher ;
- Adresser les diplômes, le contrat d'embauche et la fiche de missions de l'IDEC afin d'établir la coordination des équipes par l'encadrement ;
- Formaliser les fiches de postes et le positionnement fonctionnel dans l'organigramme des référents qualité ;
- Formaliser la procédure organisant la continuité de direction en l'absence du directeur de l'EHPAD et sa diffusion aux professionnels de l'EHPAD.

13 avenue Pierre Point – CS 30781 - 77567 LIEUSAINT Cedex
Téléphone : 01 78 48 23 00
www.ars.iledefrance@ars.sante.fr

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

Aussi, je vous notifie à titre définitif 1 injonction, 12 prescriptions et 14 recommandations maintenues en **annexe** du présent courrier et portant sur les points suivants :

GOUVERNANCE :

Management et Stratégie :

- **P2** : mettre à jour le règlement de fonctionnement conformément aux attendus réglementaires ;
- **P6** : recruter un MedCo et apporter la preuve des démarches proactives de recherches entreprises jusqu'à la réalisation d'une coordination médicale ;
- **R3** : formaliser une astreinte de direction avec mise en œuvre des délégations nominatives, un planning, une procédure d'astreinte et sa diffusion aux cadres et professionnels de l'EHPAD ;
- **R6** : afficher l'ensemble des documents qui devraient être présents et visibles au sein de l'EHPAD.

Animation et fonctionnement des instances :

- **P8 :** fournir le bilan détaillé des évènements indésirables pour l'année 2023 présenté lors du CVS prévu le 20/12/2023 ;
- **R2** : communiquer et afficher les CR des réunions institutionnelles.

Conformité aux conditions d'autorisation :

- **P1** : élaborer un projet spécifique de service du PASA ;
- **P12** : s'assurer de l'effectivité de l'inscription à l'Ordre pour les IDE embauchées et l'ensemble des professionnels extérieurs intervenant auprès des résidents : il n'est pas possible de constater l'inscription à l'ordre pour l'intégralité des IDE, l'IDEC et le deuxième masseur-kinésithérapeute intervenant dans l'établissement.

Gestion de la qualité :

- **R8** : élaborer un plan d'action en matière d'amélioration continue de la qualité, en tenant compte, notamment, des réclamations, doléances et plaintes des résidents ainsi que des EI/EIG signalés au sein de l'EHPAD ;
- **R9** : afficher les coordonnées d'ALMA IDF.

Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables :

- **R10** : réaliser un suivi et un bilan systématique des réclamations et des signalements ;
- **R11** : former l'ensemble des professionnels aux modalités d'identification, de déclaration, de gestion et d'analyse des évènements indésirables et EIG ;
- **R12** : s'assurer que l'analyse des évènements indésirables est réalisée dans le cadre d'une démarche continue d'amélioration de la qualité, portée à la connaissance des personnels ;
- **R13** : adapter à l'établissement la procédure relative aux EI liés à la prise en charge médicamenteuse élaborée par le siège et en garantir l'information aux professionnels soignants et s'assurer de sa mise en place.

FONCTIONS SUPPORT :

Gestion des ressources humaines, pour lesquelles les mesures souhaitées n'ont pas été réalisées ou justifiées, en particulier :

- **P10 :** fournir les diplômes pour l'intégralité du personnel soignant afin de constater l'adéquation des fonctions et la qualification de l'ensemble de cette équipe : seuls 5 diplômes ont été fournis ;

13 avenue Pierre Point – CS 30781 - 77567 LIEUSAINT Cedex
Téléphone : 01 78 48 23 00
www.ars.iledefrance@ars.sante.fr

- **P13** : élaborer et mettre en œuvre un plan de formation respectant les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'HAS ;
- **P14** : procéder au recrutement d'AS-AMP diplômés afin d'assurer une prise en charge médicamenteuse sécurisée pour les résidents ;
- **R14** : mettre en place un dispositif et établir une procédure d'accompagnement, de soutien des professionnels avec des modalités de contact en urgence ;
- **R15** : mettre en place des groupes d'analyse des pratiques pour les salariés.

Bâtiments, espace extérieurs et équipement :

- **P15** : revoir le traitement du linge en interne et les moyens permettant une réalisation adaptée et satisfaisante ;
- **P16** : fournir la traçabilité du calendrier d'élaboration et de mise à jour des projets personnalisés des résidents.

Sécurités :

- **I1** : sécuriser l'ouverture de l'ensemble des fenêtres avec un dispositif de sécurité en empêchant l'ouverture totale. Assurer la sécurité des résidents et former les professionnels.

PRISE EN CHARGE :

Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie :

- **P16** : fournir la traçabilité du calendrier d'élaboration et de mise à jour des projets personnalisés des résidents ;
- **R17** : mettre en place des espaces d'échange entre les professionnels et la direction autre que les transmissions et/ou réunions semestrielles.

Respect des droits des personnes :

- **R18** : revoir les accès téléphoniques en soirée et aborder en CVS les plages de visite afin d'en évaluer la latitude possible dans le respect du souhait des résidents, puis communiquer aux familles.

Vie quotidienne – Hébergement :

- **P17** : le suivi de la qualité nutritionnelle des collations doit être amélioré en tenant compte des intervalles entre les repas, en particulier le jeûne nocturne (intervalle entre le dîner et le petit-déjeuner) qui ne doit pas excéder 12 heures.

RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR :

Coordination avec les autres secteurs :

- **R19** : l'établissement doit être en mesure d'adresser l'ensemble des conventions partenariales établies avec le secteur sanitaire, les professionnels libéraux, et la pharmacie.

J'appelle votre attention sur la nécessité de transmettre à la délégation départementale de l'ARS de Seine-et-Marne à l'adresse suivante : ars-dd77-etab-medico-sociaux@ars.sante.fr, les éléments de preuve documentaire permettant le suivi des mesures correctives et la levée de l'injonction.

Je vous rappelle que le constat de l'absence de mise en œuvre de chacune des mesures correctives dans les délais fixés et de persistance des risques ou manquements mis en cause, peut donner lieu, en application des dispositions des articles L. 313-14 et 16 ainsi que 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.

13 avenue Pierre Point – CS 30781 - 77567 LIEUSAINT Cedex
Téléphone : 01 78 48 23 00
www.ars.iledefrance@ars.sante.fr

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

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

P/la Directrice générale par intérim
de l'Agence régionale de santé
d'Île-de-France et par délégation,

[redacted]

Hélène MARIE

Copie :
Madame Nathalie [redacted]
Directrice de l'EHPAD Edme PORTA
26 Chemin des Trois Moulins
77000 MELUN

13 avenue Pierre Point – CS 30781 - 77567 LIEUSAINT Cedex
Téléphone : 01 78 48 23 00
www.ars.iledefrance@ars.santé.fr

Annexe :

Mesures envisagées dans le cadre de l'inspection réalisée le 11/05/2023 au sein de EHPAD Edme PORTA (n° FINESS 770016939), sis 22 chemin des trois moulins, 77000, MELUN

Référence de la mesure	Type de mesures	Réf. Rapport / N°IGAS	Thème IGAS	Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision	Délai de mise en œuvre
I1	Injonction	2.5.3.4	FONCTIONS SUPPORT	Sécurités	Sécuriser l'ouverture de l'ensemble des fenêtres avec un dispositif de sécurité en empêchant l'ouverture totale. Assurer la sécurité des résidents et former les professionnels	L311-3 1° CASF (sécurité du résident)	Le devis fourni mentionne la commande d'une pose de verrous et de limitateurs d'ouverture de fenêtres, il ne garantit la réalisation de la sécurisation réelle des fenêtres.	**Injonction maintenue**	Immédiat

Référence de la mesure	Type de mesures	Réf. Rapport / N°IGAS	Thème IGAS	Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision	Délai de mise en œuvre
P1	Prescription	1.1.2.2	GOUVERNANCE	Conformité aux conditions d'autorisation	Elaborer un projet spécifique de service du PASA	Art. D312-155-0-1 (PASA) Art. D312-155-0-2 (UHR) RBPP : "L'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neuro-dégénérative en PASA" (ANESM- 13/12/2016)	Le document fourni « le projet d'accompagnement spécifique au PASA » et l'extrait issus du projet d'établissement 2023-2028 (envoyé le 22/11/23) nécessitent d'être complétés. Il est nécessaire d'apporter les éléments suivants : le planning des activités et leur localisation, les jours et heures d'ouverture du PASA, le listing précis des personnels affectés au PASA.	**Prescription maintenue**	3 mois
P2	Prescription	1.2.1.2	GOUVERNANCE	Management et Stratégie	La direction doit mettre à jour le règlement de fonctionnement conformément aux attendus réglementaires	R.311-35, R.311-36, R.311-37 du CASF (contenu RF)	Le règlement de fonctionnement mis à jour et fourni lors de la procédure contradictoire est le même que celui présenté le jour de l'inspection (70-DIPA D 12 Version 1.1) est incomplet et comporte des erreurs : - Il ne fait pas apparaitre l'horaire du petit déjeuner (page 5), - Il ne comporte pas les bonnes coordonnées de l'ARS (page 11). - Il n'aborde pas les dispositions suivantes prévues dans le CASF :	**Prescription maintenue**	1 mois

Référence de la mesure	Type de mesures	Réf. Rapport / N°IGAS	Thème IGAS	Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision	Délai de mise en œuvre
							- Les affections, la dépendance, Alzheimer, - L'organisation des soins, - Les temps de réunions, transmissions, partage d'information, accueil des nouveaux professionnels, évaluation des pratiques professionnelles.		
P3	Prescription	1.2.1.4 1.2.1.5	GOUVERNANCE	Management et Stratégie	Finaliser et valider le projet d'établissement et de soins avec ses objectifs de prise en charge en soins pour la période 2022-2027, puis le transmettre au CD et à l'ARS.	L311-8 du CASF (contenu PE/PE tous les 5 ans), L315-17 (directeur d'un EHPAD public) et D312-176-5 CASF (privé) D311-38 du CASF (projet général de soins pour l'application du PE : volet relatif aux soins palliatifs) R314-88, I, 1° du CASF (prestation du siège social pouvant être autorisée dans les frais de siège : participation du siège à l'élaboration/l'actualisation du PE) D312-158, 1° du CASF (MedCo élabore projet général de soins s'intégrant dans PE) D312-160 CASF (plan en cas de crise sanitaire ou climatique) RBPP "Elaboration, rédaction et animation d'un PE en ESMS" Anesm-HAS	Le projet d'établissement 2023-2028 envoyé le 22/11/2023 par la direction permet de lever cette prescription.	**Prescription levée**	
P4	Prescription	1.2.1.6	GOUVERNANCE	Management et Stratégie	La direction de l'établissement, en lien avec le MedCo et les responsables de service, doit établir et formaliser l'actualisation du plan de crise sanitaire ou climatique de l'EHPAD.	L.311-3 du CASF (sécurité des prises en charge) D312-160 CASF (plan en cas de crise sanitaire ou climatique) D312-155-4-1 (PE, partie	Le document fourni est conforme.	**Prescription levée**	

Référence de la mesure	Type de mesures	Réf. Rapport / N°IGAS	Thème IGAS	Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision	Délai de mise en œuvre
						en cas de crise sanitaire ou climatique) Arrêté du 7 juillet 2005, mod. par l'arrêté du 8 août 2005, fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique.			
P5	Prescription	1.2.2.7	GOUVERNANCE	Management et Stratégie	Le gestionnaire doit transmettre les diplômes permettant d'apprécier la qualification de la directrice.	D312-176-6 du CASF (certification de niveau I du directeur) D312-176-7 CASF (certification de niveau II du directeur) D312-176-10 (ets publics communaux) Circulaire DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007 (qualification des professionnels de direction ESMS)	Le document fourni est conforme.	**Prescription levée**	
P6	Prescription	1.2.2.14	GOUVERNANCE	Management et Stratégie	La direction doit s'attacher à recruter un MedCo et apporter la preuve des démarches pro actives de recherches entreprises jusqu'à la réalisation d'une coordination médicale.	D312-156 du CASF (ETP MedCo)	Le curriculum vitae d'un médecin coordinateur a été envoyé. Cependant, l'absence de contrat de travail et de diplôme ne permet d'attester de l'emploi effectif d'un MedCo au sein de l'EHPAD.	Fournir les preuves de prise poste du MedCo ainsi que les diplômes et qualifications. **Prescription maintenue**	immédiat
P7	Prescription	1.3.3.1	GOUVERNANCE	Animation et fonctionnement des instances	La direction doit faire état de la mise en œuvre des nouvelles mesures attendues au 01/01/2023 dans la constitution et le fonctionnement du conseil de la vie sociale (CVS) au sein de l'EHPAD.	D311-4 CASF (nb et répartition des membres du CVS) D311-5 CASF (membres minimum du CVS) D311-6 CASF (répartition membres du CVS Résident/famille>à la moitié du nombre total des membres) D311-8 CASF (durée 1 à 3 ans) D311-9 CASF (président	Le compte-rendu du CVS du 27/09/2023 a été fourni.	**Prescription levée**	

Référence de la mesure	Type de mesures	Réf. Rapport / N°IGAS	Thème IGAS	Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision	Délai de mise en œuvre
						du CVS et directeur) D311-12 et -13 CASF (représentation des salariés et dans les éts publics des organisations syndicales) D311-15 CASF (CVS conseille et fait des propositions) D311-16 CASF (3 CVS au minimum par an + OJ communiqué au moins 8 jours avant) D311-20 CASF (relevés de conclusions du CVS)			
P8	Prescription	1.3.3.2	GOUVERNANCE	Animation et fonctionnement des instances	Les comptes rendus de CVS doivent faire état de la présentation d'un bilan relatif aux évènements indésirables	R331-10 CASF (informer CVS des EI et dysfonctionnement)	Le compte-rendu du CVS du 27/09/2023 a été fourni. Cependant, le compte-rendu ne présente pas le bilan quantitatif des évènements indésirables. Le tableau de suivi et traitement des FEI ne détaille pas la qualification par niveau de gravité des EI relatif aux dysfonctionnements (situations à risques, sécurité du bâtiment...) en lien avec la prise en charge des résidents. Les actions correctives ne sont pas suffisamment détaillées. A titre d'exemple les incidents du 06/02 et 28/02/2023 relatifs à la prise en charge médicamenteuse et la pharmacovigilance, devrait détailler les actions correctives (rappels lors des transmissions des équipes soignantes et le respect des protocoles afférents). Le document présenté ne recense majoritairement que doléances et des réclamations relatives à la vie quotidienne.	La direction doit fournir le bilan détaillé des évènements indésirables pour l'année 2023 présenté lors du CVS prévu le 20/12/2023 **Prescription maintenue**	3 mois
P9	Prescription	1.4.3.3	GOUVERNANCE	Gestion de la qualité	Etablir une procédure de priorisation et de déclaration des évènements indésirables actualisée et propre à l'EHPAD.	L119-1 CASF (Définition maltraitance) L.331-8-1 CASF (déclaration EI à autorité compétente) R331-8 CASF (déclaration EI à autorité	La procédure de priorisation et de déclaration des évènements indésirables a été fournie	**Prescription levée**	

Référence de la mesure	Type de mesures	Réf. Rapport / N°IGAS	Thème IGAS	Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision	Délai de mise en œuvre
						compétente) arrêté du 28/12/2016 relatif à l'obligation de signalement des ESMS Art434-3 CODE PENAL (sanction si non signalement de faits de maltraitance) L313-24 CASF (protection du signalant)			
P10	Prescription	2.1.1.1	FONCTIONS SUPPORT	Gestion des ressources humaines	L'établissement doit fournir le tableau de concordance des qualifications et la fonction occupée afin attester de l'adéquation de l'équipe soignante.	D312-155-0 du CASF (pluridisciplinarité de l'équipe soignante) D312-155-01 et 02 du CASF (pluridisciplinarité de l'équipe soignante du PASA et UHR) L.311-3 1° CASF (Sécurité résident) L311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité) L311-8 CASF	Le tableau de concordance des qualifications et la fonction occupée pour l'équipe soignante a été fourni.	Cependant, pour l'ensemble du personnel soignant, seuls 5 diplômes ont été fournis. Il est nécessaire de fournir les diplômes pour l'intégralité du personnel soignant afin de constater l'adéquation des fonctions et qualification de l'ensemble de cette équipe. **Prescription maintenue**	1 mois
P11	Prescription	2.1.1.3	FONCTIONS SUPPORT	Gestion des ressources humaines	Communiquer à la mission d'inspection la proportion de rotation du personnel et le taux d'absentéisme.	L.311-3 1° CASF (Sécurité résident) L311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité) Taux de rotation national médian : 12,2% (2019)	Le document a été fourni à la mission d'inspection pour le 1er semestre 2023. Rotation du personnel 9% et taux d'absentéisme 23%.	**Prescription levée**	
P12	Prescription	2.1.1.7 2.1.1.8	FONCTIONS SUPPORT	Gestion des ressources humaines	La direction doit s'assurer de l'effectivité de l'"inscription à l'Ordre des IDE embauchées.	L133-6 CASF (casier judiciaire) Articles L. 1242-1 et L. 1248 du Code du travail (CDD) L'évaluation n'est pas obligatoire à la différence de l'entretien prof annuel (art L6315-1, code du travail) L451-1 CASF (agrément formations sociales) D451-88 et -89 CASF et arrêté 29/01/2016 relatif	Les documents relatifs à l'inscription à l'ordre des IDE ne concerne que trois des quatre IDE mentionnées sur le tableau de concordance des qualifications. Ce document est aussi manquant pour l'IDEC.	Il n'est pas possible de constater l'inscription à l'ordre pour l'intégralité des IDE et l'IDEC. **Prescription maintenue**	1 mois

Référence de la mesure	Type de mesures	Réf. Rapport / N°IGAS	Thème IGAS	Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision	Délai de mise en œuvre
						à la formation au DEAES L.4391-1 CSP et arrêté du 10/06/2021 relatif à la formation au DEAS R. 4311-3 et -4 CSP (actes et soins infirmiers propres, accomplis avec la collaboration d'AS et d'AES) articles L. 4311-15 et L. 4312-1 du CSP			
					La direction de l'EHPAD doit s'assurer de l'inscription à l'Ordre de l'ensemble des professionnels extérieurs intervenant auprès des résidents de l'EHPAD	Art. D312-157 CASF D312-155-0 II CASF L312-1 II 4°alinéa CASF (qualification des professionnels) L.4391-1 du CSP (exercice aide-soignant) et arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au DEAS D451-88 et -89 CASF et annexe 1 de l'arrêté du 30 août 2021 relatif au DE AES (missions AES) Art. L. 4112-5 et L. 4321-10 du CSP- kiné	Les documents relatifs à l'inscription à l'ordre ne concerne qu'un seul masseur-kinésithérapeute. L'inscription à l'ordre ne peut être vérifiée pour le deuxième masseur-kinésithérapeute et la pédicure-podologue	Il n'est pas possible de constater l'inscription à l'ordre pour l'intégralité des professionnels extérieurs intervenants auprès des résidents de l'EHPAD. **Prescription maintenue**	3 mois
P13	Prescription	2.1.2.1	FONCTIONS SUPPORT	Gestion des ressources humaines	La direction doit élaborer et mettre en œuvre un plan de formation respectant les RBBP de la HAS	HAS, "Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées et le traitement de la maltraitance", 2008 L119-1 CASF (Définition maltraitance) HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance", 2008	Le document de proposition de formation pour l'année 2023 n'est pas un plan de formation. Il s'agit d'un listing de formations proposées qui ne concerne qu'un échantillon d'employés et est proposé par l'organisme gestionnaire. Cinq formations sont proposées une au logiciel de soins Titan et 4 autres formations relatives à la prise en charge. L'absence d'attestation de formation ou attestation de présence ne permet de tracer l'effectivité des formations suivies pour 2023. Le document de proposition de formation pour 2024 est composé de devis non signés. Il n'est pas possible de constater l'engagement de l'établissement.	Pour 2023 et 2024, l'établissement doit fournir les plans de formations engagés, datés et signés. Les attestations de formation ou attestations de présence aux formations suivies doivent être fournies. **Prescription maintenue**	3 mois

Référence de la mesure	Type de mesures	Réf. Rapport / N°IGAS	Thème IGAS	Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision	Délai de mise en œuvre
P14	Prescription	2.1.4.4	FONCTIONS SUPPORT	Gestion des ressources humaines	Procéder au recrutement d'AS-AMP diplômés afin d'assurer une prise en charge médicamenteuse sécurisée pour les résidents.	L451-1 du CASF (agrément des formations sociales) L.4391-1 du CSP (exercice aide-soignant) et arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au DEAS D451-88 et -89 CASF et annexe 1 de l'arrêté du 30 août 2021 relatif au DE AES (missions AES) R4311-1 CSP (missions IDE) D312-155, 2° CASF L311-3, 1° CASF (Sécurité du résident)	Il n'a pas été apporté de preuves d'éléments concordant entre les plannings, les fonctions tenues et les diplômes détenus pour les AS, AES et AMP.	**Prescription maintenue**	1 mois
P15	Prescription	2.4.4.2	FONCTIONS SUPPORT	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Revoir le traitement du linge en interne et les moyens permettant une réalisation adaptée et satisfaisante.	Art. D312-159-2 et annexe 2-3-1, IV du CASF (Socle de prestations minimales délivrées par les EHPAD, prestation de blanchissage)	L'établissement ne répond pas à la prescription.	**Prescription maintenue**	3 mois
P16	Prescription	3.1.3.3	PRISE EN CHARGE	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Fournir la traçabilité du calendrier d'élaboration et de mise à jour des projets personnalisés des résidents.	L311-3 2°CASF (libre choix des prestations offertes) L311-3 3° CASF (PAI et consentement du résident) L311-3 7° CASF (participation directe du résident au PAI) R4312-14 (IDE recherche consentement patient) D312.155.0 3° (PAI et projet de vie en EHPAD) HAS « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » - Décembre 2008 HAS, "Le projet personnalité, une	Le calendrier de réalisation des projets d'accueil personnalisés fourni concerne seulement 42 résidents pour la période de septembre à décembre 2023.	L'établissement hébergeant 82 résidents, la mission d'inspection sollicite un document récapitulatif attestant et précisant la traçabilité des PAP et leur mise à jour pour l'ensemble des résidents. **Prescription maintenue**	3 mois

Référence de la mesure	Type de mesures	Réf. Rapport / N°IGAS	Thème IGAS	Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision	Délai de mise en œuvre
						dynamique du parcours d'accompagnement", 2018 et "Qualité de vie en EHPAD, volets 1 et 2", 2011 et 2012			
P17	Prescription	3.4.3.7	PRISE EN CHARGE	Vie quotidienne - Hébergement	Le suivi de la qualité nutritionnelle des collations doit être amélioré en tenant compte des intervalles entre les repas, en particulier le jeûne nocturne (intervalle entre le dîner et le petit-déjeuner) qui ne doit pas excéder 12 heures.	D312-159-2 (prestations minimales hébergement) Annexe 2-3-1 III 2° CASF (Prestation restauration-3 repas, goûter et collation nocturne) Décret n° 2012-144 du 30 janvier 2012 relatif à la qualité nutritionnelle des repas servis dans le cadre des services de restauration des ESMS RBPP HAS Recommandations du GEM-RCN	L'établissement ne répond pas à la prescription.	**Prescription maintenue**	Immédiat

Ref de la mesure	Type de mesures	Réf. Rapport / N°IGAS	Thème IGAS	Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision	Délai de mise en œuvre
R1	Recommandation	1.2.2.1	GOUVERNANCE	Management et Stratégie	L'organigramme doit être actualisé, mentionner le nom des professionnels et être affiché.	L315-17 (dir EHPAD public) et D 312-176-5 CASF (DUD en EHPAD privé) Circ. DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24/03/2004 relative au livret d'accueil L311-8 CASF (PE avec modalités d'organisation et fonctionnement) D312-155-0 du CASF (missions et professionnels d'un EHPAD) L312-1, II, 4° CASF (personnels qualifiés en EHPAD) HAS « Stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », et « Mission du resp. d'étbt et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance », 2008	Document fourni	**Recommandation levée**	
R2	Recommandation	1.2.2.2	GOUVERNANCE	Management et Stratégie	La direction doit communiquer et afficher les CR des réunions institutionnelles.		La direction a initié des réunions générales trimestrielles, toutefois les modalités de restitution et d'affichage des compte-rendus ne sont pas indiqués.	**Recommandation maintenue**	1 mois
R3	Recommandation	1.2.2.8	GOUVERNANCE	Management et Stratégie	Une astreinte de direction doit être formalisée et mise en œuvre avec des délégations nominatives, un planning, une procédure d'astreinte et sa diffusion aux cadres et professionnels de l'EHPAD.		La procédure fournie est incomplète et est un listing de conduite à tenir. Le planning n'est pas fourni. Elle ne permet pas d'identifier le numéro de téléphone l'astreinte de direction en cas d'incidents en dehors des heures ouvrables.	**Recommandation maintenue**	2 mois
R4	Recommandation	1.2.2.9	GOUVERNANCE	Management et Stratégie	Formaliser la procédure organisant la continuité de direction en l'absence du directeur de l'EHPAD et sa diffusion aux professionnels de l'EHPAD		La procédure a été fournie et est conforme	**Recommandation levée**	
R5	Recommandation	1.2.2.13	GOUVERNANCE	Management et Stratégie	L'établissement doit adresser les diplômes, le contrat d'embauche et la fiche de missions de l'IDEC afin		Les documents fournis sont conformes	**Recommandation levée**	

Ref de la mesure	Type de mesures	Réf. Rapport / N°IGAS	Thème IGAS	Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision	Délai de mise en œuvre
					d'établir la coordination des équipes par l'encadrement.				
R6	Recommandation	1.2.3.5	GOUVERNANCE	Management et Stratégie	Afficher l'ensemble des documents qui devraient être présents et visibles au sein de l'EHPAD.	L. 311-4 CASF (charte des droits et libertés pers. Accueillie) R.311-34 CASF (règlement de fonctionnement) Pour "remarque" (car champ DDPP) : L.112-1 du Code de la consommation, arrêté du 3 décembre 1987 relatif à l'information du consommateur sur les prix et L.131-5 du Code la consommation (amende).	Aucune preuve d'affichage n'a été fourni pour le PV des commissions de restauration, résultats de la dernière enquête de satisfaction et la liste des personnels qualifiés.	**Recommandation maintenue**	1 mois
R7	Recommandation	1.4.1.1	GOUVERNANCE	Gestion de la qualité	Formaliser les fiches de postes et le positionnement fonctionnel dans l'organigramme des référents qualité.	HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle dans la prévention et le traitement de la maltraitance", 2018	Les documents fournis sont conformes	**Recommandation levée**	
R8	Recommandation	1.4.1.7	GOUVERNANCE	Gestion de la qualité	La direction doit élaborer un plan d'action en matière d'amélioration continue de la qualité, en tenant compte, notamment, des réclamations, doléances et plaintes des résidents ainsi que des EI/EIG signalés au sein de l'EHPAD.	L312-8 CASF (évaluation des prestations dans l'amélioration continue de la qualité)	Le plan d'action en matière d'amélioration contenue de la qualité n'est pas en place.	**Recommandation maintenue**	6 mois
R9	Recommandation	1.4.3.1	GOUVERNANCE	Gestion de la qualité	La direction doit afficher les coordonnées d'ALMA IDF.	L119-1 CASF (Définition maltraitance) L311-3, 1° CASF (respect de la dignité, l'intégrité, la vie privée, l'intimité, la sécurité, le droit d'aller et venir de l'usager) Circulaire rel lutte c/ la maltraitance et au dvt de la bientraitance du 20 février 2014 Instruction DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars	L'établissement adresse une liste des affichages réalisés.	La mission d'inspection souhaite constater l'affichage par la fourniture des photos. **Recommandation maintenue**	1 mois

Ref de la mesure	Type de mesures	Réf. Rapport / N°IGAS	Thème IGAS	Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision	Délai de mise en œuvre
						2007 HAS, « La bientraitance : définition et repères ... » et « Mission du responsable d'établ et rôle de l'encadrement ... », 2008			
R10	Recommandation	1.5.1.1	GOUVERNANCE	Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables	La direction doit veiller à réaliser un suivi et un bilan systématique des réclamations et des signalements.		La direction fourni un tableau de suivi et de traitement des FEI.	Le tableau récapitulatif fourni ne catégorise pas suffisamment et ne permet pas de distinguer les dysfonctionnements liés à l'infrastructure, des réclamations, des évènements indésirables (EI), des évènements indésirables graves (EIG) et ceux liés aux soins. La direction doit fournir le bilan détaillé des différentes réclamations et évènements indésirables en s'appuyant sur la procédure mise en place au sein de l'établissement. **Recommandation maintenue**	
R11	Recommandation	1.5.1.3	GOUVERNANCE	Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables	L'ensemble des professionnels devraient être formés aux modalités d'identification, de déclaration, de gestion et d'analyse des évènements indésirables et EIG.	L313-24 CASF (protection du salarié déclarant) RBPP HAS, "Mission du responsable d'établ et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance", 2008 Art. L. 331-8-1 et R.331-8 à 10 CASF Arrêté du 28/12/2016 modifié (Nature des dysfonctionnements graves et évènements à déclarer aux autorités administratives)	La direction a mis en place une procédure de priorisation et de déclaration des évènements indésirables.	La prise de connaissance de cette procédure par l'ensemble des agents de l'EHPAD n'est pas apportée par la direction. La direction doit mettre en place une formation interne à cette procédure sans délai. Cette formation peut être menée par l'IDEC. La direction doit apporter la preuve de la bonne prise en compte de cette procédure par l'ensemble du personnel. **Recommandation maintenue**	6 mois
R12	Recommandation	1.5.1.5	GOUVERNANCE	Gestion des risques, des crises et des	La direction doit s'assurer que l'analyse des évènements indésirables est réalisée dans le cadre d'une démarche continue	L331-8-1 et R331-8 et -9 CASF et arrêté du 28 décembre 2016 (obligation de déclaration	Le compte-rendu du CVS du 27/09/2023 présente les suites données aux EI.	La direction doit s'appuyer sur une méthodologie de traitement des EI, leur analyse et la mise en place de plans d'action.	3 mois

Ref de la mesure	Type de mesures	Réf. Rapport / N°IGAS	Thème IGAS	Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision	Délai de mise en œuvre
				évènements indésirables	d'amélioration de la qualité, portée à la connaissance des personnels.	dysfonctionnement grave, EI, EIG aux autorités) R.331-10 CASF (information du CVS +/- les dispositions envisagées) R1413-67 à 73 CSP (déclaration et suivi des EIGS) R 1413-79 CSP (déclaration des infections associées aux soins, IAS) HAS, "Mission du resp d'établ et rôle de l'encadrt / maltraitance", 2008		Les plans d'action doivent être menés conjointement avec un panel de salariés. La restitution doit être portée à la connaissance de l'ensemble des agents et aux membres du CVS pour chaque EI considéré. **Recommandation maintenue**	
R13	Recommandation	1.5.1.7	GOUVERNANCE	Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables	Le gestionnaire/la direction doit adapter à son établissement la procédure relative aux EI liés à la prise en charge médicamenteuse élaborée par le siège et doit en garantir l'information aux professionnels soignants et s'assurer de sa mise en place.		L'établissement n'apporte pas de réponse.	L'établissement n'apporte pas de réponse ciblée à cette recommandation. Il n'a pas été porté à la connaissance des soignants via une formation concernant les EI liés aux médicaments. **Recommandation maintenue**	1 mois
R14	Recommandation	2.1.2.5	FONCTIONS SUPPORT	Gestion des ressources humaines	Mettre en place un dispositif et établir une procédure d'accompagnement, de soutien des professionnels avec des modalités de contact en urgence.	HAS « La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre », 2008 (§ Repère n° 4.2.1 « Accueillir le nouveau professionnel et lui donner les moyens de comprendre et de s'adapter aux usagers qu'il accompagne »)	L'établissement n'apporte pas de réponse	Il n'est pas fait mention d'un temps d'expression libre dédié aux équipes dans le tableau des réunions fourni, ni d'aucune ressource mise à la disposition des soignants. **Recommandation maintenue**	6 mois
R15	Recommandation	2.1.3.1	FONCTIONS SUPPORT	Gestion des ressources humaines	Mettre en place des groupes d'analyse des pratiques pour les salariés	Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS (HAS - 08/03/2022)	L'établissement n'apporte pas de réponse	**Recommandation maintenue**	6 mois
R16	Recommandation	2.1.4.2	FONCTIONS SUPPORT	Gestion des ressources humaines	La direction de l'EHPAD doit revoir les fiches de poste des professionnels et les adapter à		Des fiches de postes sont produites	Les fiches de postes fournies ne mentionnent pas les diplômes requis pour exercer les fonctions et aucune	3 mois

Ref de la mesure	Type de mesures	Réf. Rapport / N°IGAS	Thème IGAS	Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision	Délai de mise en œuvre
					leurs réelles fonctions et les leur faire signer			d'entre elle n'est nominative et n'est contresignée par l'agent concerné. **Recommandation maintenue**	
R17	Recommandation	3.1.4.1	PRISE EN CHARGE	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Mettre en place des espaces d'échange entre les professionnels et la direction autre que les transmissions et/ou réunions semestrielles		Document récapitulatif des réunions fourni	Le tableau des réunions fourni fait état de réunions générales trimestrielles avec le personnel de l'établissement. **Recommandation levée**	
R18	Recommandation	3.2.1.1	PRISE EN CHARGE	Respect des droits des personnes	Revoir les accès téléphoniques en soirée et aborder en CVS les plages de visite afin d'en évaluer la latitude possible dans le respect du souhait des résidents, puis communiquer aux familles.		Pas de réponse de l'établissement	La direction n'apporte pas de réponse sur la révisions des accès téléphonique le soir ni sur la latitude des horaires des visites. **Recommandation maintenue**	3 mois
R19	Recommandation	4.2.1.1	RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR	Coordination avec les autres secteurs	L'établissement doit être en mesure d'adresser l'ensemble des conventions partenariales établies avec le secteur sanitaire, les professionnels libéraux, et pharmacie.	L312-7, 1° du CASF et D312-155-0, I, 5° du CASF (convention avec EDS)	La convention avec le GHSIF n'a pas été transmise par l'établissement.	La mission d'inspection constate que des documents sont incomplets ou n'ont pas été transmis : - La convention de la pédicure-podologue ne mentionne pas l'inscription à l'ordre des pédicures-podologues. - Les conventions avec l'EMG du GHSIF et avec un centre de radiologie sont absentes. **Recommandation maintenue**	3 mois
		4.2.1.2				R313-30-1 CASF (contrat entre prof libéral et EHPAD) D311 V 8° CASF (contrat de séjour-liste prof libéraux intervenant sur l'EHPAD) L314-12 du CASF (condition au contrat avec les prof libéraux)	Les conventions pour les deux MK et la pédicure-podologue sont fournies		
		4.2.1.5				L1110-5 CSP (droit aux meilleurs soins, apaisement de la douleur) L1112-4 CSP (prise en charge de la douleur en ESMS) R4311-2, 5°, CSP (Rôle propre de l'infirmier) Circulaire DGS/DH/DAS N° 99/84 du 11 février 1999 rel à la prise en	Les conventions suivantes n'ont pas été transmises : • L'équipe mobile gériatrique du GHSIF, • Un centre de radiologie.		

Ref de la mesure	Type de mesures	Réf. Rapport / N°IGAS	Thème IGAS	Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision	Délai de mise en œuvre
						charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes des ESMS			
		4.2.1.7				L5126-10, II et R. 5126-105 et sv du CSP (convention entre établissement sans PUI et pharmacie)	La convention avec la pharmacie de ville a été fournie.		