

Délégation départementale de Seine-et-Marne

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

Département Autonomie

Responsable de l'Autonomie :

Affaire suivie par : 
Courriel : ars-dd77-etab-medico-sociaux@ars.sante.fr
Téléphone : 01 78 48 23 54


Président de l'association
Essaim du Gâtinais
41 Avenue de Fontainebleau
77760 La-Chapelle-la-Reine

Lieusaint, le **25 OCT. 2024**

Lettre recommandée avec AR

N° *2C 595 551 28646*

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 « Saint-Joseph » (N°FINESS 770802692) situé au 41 avenue de Fontainebleau à La Chapelle-la-Reine, le 8 décembre 2023 par la délégation départementale de l'Agence régionale de santé de Seine-et-Marne (DDARS 77) accompagnée par le Conseil départemental de Seine-et-Marne (CD 77).

Dans le cadre de la procédure contradictoire, en application des articles L. 121-1 et L. 122-1 du code des relations entre le public et l'administration, je vous ai adressé le 05 aout 2024 le rapport que nous a remis la mission d'inspection, ainsi que les 9 injonctions, 18 prescriptions et 16 recommandations que j'envisageais de vous notifier (cf. **annexe**).

Vous m'avez transmis le 16 septembre 2024 des éléments de réponse détaillés, ce dont je vous remercie.

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

- Les démarches mises en œuvre visant à recruter le médecin coordonnateur ;
- La mise en place d'un système de recueil des doléances dans le cadre de la démarche continue d'amélioration de la qualité ;
- La sécurisation des accès à l'infirmerie et des dossiers médicaux des résidents ;
- L'ensemble des locaux hébergeant les résidents en conformité avec les conditions d'autorisation ;
- Le rétablissement fonctionnel du système d'appel malade ;
- L'engagement des dépenses des crédits non reconductibles destinés au remplacement du système d'appel malade ;
- La formalisation d'une procédure d'utilisation, de prescription et de réévaluation périodique des contentions ;
- La mise en place du matériel médical d'urgences fonctionnel, complet, inventorié et scellé.

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

Aussi, je vous notifie à titre définitif 6 injonctions, 18 prescriptions et 16 recommandations maintenues en **annexe** du présent courrier et portant sur les points suivants :

GOUVERNANCE :

Management et Stratégie :

- Il est nécessaire de recruter un MedCo, pour assurer la fonction de coordination médicale et les missions qui s'y rattachent ;
- La direction doit établir et mettre à jour le projet d'établissement, le projet de soins, le projet spécifique au PASA et le plan bleu et les faire parvenir aux autorités de tutelles.

Gestion des risques et de la qualité :

- La politique d'amélioration continue de la qualité et la gestion des risques doit respecter les dispositions réglementaires relatives à la déclaration des dysfonctionnements et événements indésirables graves associés aux soins y compris la déclaration systématique aux autorités de tutelles, la formalisation des procédures et la formation des salariés. L'analyse des signalements internes doit permettre d'alimenter le programme d'amélioration de la qualité des soins. La mise en place des actions correctrices inscrites dans ce programme doivent être tracées et faire l'objet d'un bilan annuel.

FONCTIONS SUPPORTS :

Les bâtiments :

- La sécurisation et/ou la fermeture des portes du local des aides-soignants et donnant accès aux toits et terrasses des bâtiments doivent être revues de façon à en empêcher l'accès de ces locaux aux résidents. Les fenêtres des étages doivent être munies de dispositifs limitant l'ouverture afin d'empêcher les chutes des résidents.

Sécurités :

- Le remplacement du système « d'appel malade » doit être finalisé suite à l'engagement des crédits non reconductibles d'un montant de [REDACTED] euros.

Gestion des ressources humaines :

- La direction de l'EHPAD doit pourvoir les postes liés à l'activité normale de l'établissement, par des personnels recrutés si possible et en large majorité sur des contrats pérennes et mettre en œuvre des plans de formation.

PRISES EN CHARGE :

Soins :

- La prise en charge médicamenteuse doit faire l'objet de nombreuses mesures correctrices notamment par la formalisation, la formation et l'évaluation des personnels aux protocoles d'aide à la dispensation des médicaments et aux procédures du circuit du médicament. La traçabilité de la distribution des médicaments doit être réalisée en temps réel ;
- L'accès aux médicaments et au stock tampon doit être sécurisé par des armoires fermant à clés et dans des locaux à l'accès réglementé ;
- Le contrôle quotidien systématique et la traçabilité des relevés de température au sein de l'armoire réfrigérée conservant les médicaments thermosensibles, l'inscription des dates d'ouverture des médicaments consommables doit être mis en œuvre ;
- La gestion, l'administration des médicaments stupéfiants doit être conforme à la réglementation et faire l'objet d'une procédure spécifique.

J'appelle votre attention sur la nécessité de transmettre à la délégation départementale de l'ARS de Seine-et-Marne via l'outil de dépôt partagé, <https://bluefiles.com/ars/ars-dd77-etab-medico-sociaux>, les éléments de preuve documentaire permettant le suivi des mesures correctives et la levée des injonctions.

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

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

P/

Pour le Directeur général
de l'Agence régionale de santé
d'Île-de-France
et par délégation

La directrice adjointe de la Délégation
départementale de Seine-et-Marne


Delphine CAAMANO

Copie à :
Madame HABCHI, directrice
EHPAD Saint Joseph
41 Avenue de Fontainebleau
77760 La Chapelle-la-Reine

Annexe : Mesures envisagées dans le cadre de l'inspection réalisée le 08/12/2023 au sein de l'EHPAD « Saint-Joseph » (FINESS 770802692),

Type de mesures	Réf. Rapport / N° IGAS	Thème IGAS	Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
I1	Injonction 1.2.2.14 2.3.1.4 3.1.1.1 3.1.1.2 3.1.3.3 3.1.4.3 3.1.4.4 3.8.1.4 3.8.2.6 3.8.2.8 3.8.4.1	Gouvernance Fonctions support Prise en charge	Management et Stratégie	En l'absence de MédCo, certaines missions relatives à la prise en charge des résidents ne sont pas garanties. La direction doit mettre en œuvre les mesures suivantes : 1A - Mener toutes les actions visant à recruter un MedCo avec le soutien de l'organisme gestionnaire, pour assurer la fonction de coordination médicale et les missions qui s'y rattachent. La direction doit fournir les preuves de recherches (publication d'annonce, entretien, recours aux cabinets de recrutement) tous les trois mois.	L'établissement fournit les preuves de recherches actives.	Injonction 1A partiellement levée. Continuer de fournir tous les 3 mois les justificatifs de recherches à la DD.	D312-156 et 157 du CASF (présence à l'effectif, ETP et formation MedCo)	1 mois
				1B - Recruter un MedCo.	L'établissement fournit les preuves de recherches actives.	Injonction 1B maintenue.		6 mois
				1C - Elaborer et formaliser la procédure d'admission, la diffuser à l'ensemble du personnel et la mettre en œuvre conformément à la loi 2002-2. Le dossier d'admission doit notamment comporter la recherche de consentement, la désignation de la personne de confiance, le recueil des directives anticipées et la mise en place d'un projet de vie individualisé pour chaque résident.	Carence de réponse de l'établissement aux mesures proposées.	Injonctions 1C ; 1D, 1E, 1F maintenues.		6 mois
				1D - Elaborer et formaliser une procédure de mise en place des PAI pour l'ensemble des résidents au sein de l'établissement. Tous les trois mois, rendre compte à la DD ARS de la mise en place et la progression des PAI				
				1E - La commission de coordination gériatrique doit être organisée au moins une fois par an, dès le recrutement du MédCo. 1F - Les modalités de saisie dans le logiciel métier de prescription doivent être sécurisées et toutes les prescriptions y être tracées				
I2	Injonction 1.4.1.1 1.4.2.1 1.4.1.7 1.5.1.1 1.5.1.3 1.5.1.5 1.5.1.6 1.5.1.7	Gouvernance	Gestion de la qualité et des risques	2A La politique d'amélioration continue de la qualité et la gestion des risques ne respectent pas les normes réglementaires. La direction doit mettre en œuvre les mesures suivantes : 2A - Désigner un référent qualité.	Carence de réponse de l'établissement à la mesure proposée.	Injonction 2A maintenue	L312-8 du CASF (évaluation externe de la qualité des prestations délivrées, dans un objectif d'amélioration continue de la qualité) D312-204 (calendrier évaluations -tous les 5 ans) R314-88 CASF (prestations incluses dans les frais de siège)	1 mois
				2B - Inscrire, dans le rapport d'activité annuel, les actions engagées dans la démarche d'amélioration continue de la qualité.	Carence de réponse de l'établissement à la mesure proposée.	Injonction 2B maintenue		1 an

			2C - Mettre à disposition des résidents et des familles un cahier des réclamations et/ou doléances dans le cadre de la démarche continue d'amélioration de la qualité.	Une boîte aux lettres à destination des résidents et des familles a été mise en place à l'entrée de la résidence pour que ces derniers puissent nous faire part de leurs observations.	Injonction 2C levée	D312-200 CASF (transmission du rapport évaluation + observations écrites à l'autorité de contrôle et à la HAS)	1 mois
			2D - Former tous les professionnels aux modalités d'identification, de gestion et d'analyse des événements indésirables et EIG. Une procédure écrite doit être actualisée et formalisée.	Carence de réponse de l'établissement à la mesure proposée.	Injonction 2D maintenue	D312-203 CASF (mention des actions d'amélioration continue de la qualité dans le rapport annuel d'activité)	3 mois
			2E - Procéder à l'analyse d'événements indésirables ciblés dans le cadre d'une démarche de gestion des risques et d'amélioration continue de la qualité.	Carence de réponse de l'établissement à la mesure proposée.	Injonction 2E maintenue		Immédiat
			2F - Garantir la déclaration systématique aux autorités de contrôle la totalité des dysfonctionnements et événements graves susceptibles d'affecter la qualité et la sécurité de la prise en charge des usagers.	Carence de réponse de l'établissement à la mesure proposée.	Injonction 2F maintenue		Immédiat
			2G - Sécuriser le circuit du médicament en formant chaque professionnel à la procédure de déclaration et de gestion des EI à la PECM et en fournir la traçabilité à la mission d'inspection/contrôle.	Carence de réponse de l'établissement à la mesure proposée.	Injonction 2G maintenue		3 mois
			2H - Organiser une évaluation externe de l'EHPAD, conformément à la programmation pluriannuelle arrêtée par les autorités ayant délivré l'autorisation.	Carence de réponse de l'établissement à la mesure proposée.	Injonction 2H maintenue		6 mois
			2I - Elaborer 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.	Carence de réponse de l'établissement à la mesure proposée.	Injonction 2I maintenue		1 an
			La mission observe des manquements réglementaires dans la gestion et les accès aux données administratives et médicales. L'établissement doit sécuriser l'accès aux données de santé dans le bureau médical, mettre à jour les documents et les archiver : 3A - Fermer le local de l'infirmerie en l'absence de personnel soignant, 3B - Sécuriser le rangement et l'accès aux différents documents.	L'ensemble du personnel se rendant dans le bureau médical a été à plusieurs reprises sensibilisés sur l'importance de fermer à clé à chaque fois qu'ils quittent en dernier. Cette consigne est respectée. L'armoire comprenant les dossiers médicaux des résidents est fermée à clé et seul le personnel devant avoir accès à cette armoire en a un double	Injonctions 3A et 3B levées		Immédiat
			3C - Structurer les dossiers médicaux et les dossiers administratifs en respectant la confidentialité des données de santé.	Carence de réponse de l'établissement à la mesure proposée.	Injonction 3C maintenue.		3 mois

14	Injonction	2.5.3.4	Fonctions support	Sécurités	La mission d'inspection a constaté sur les plans et dans le cadre des entretiens l'existence d'un studio servant à l'hébergement d'un résident. Ce local d'hébergement en EHPAD doit respecter les aspects réglementaires suivants : - La conformité aux arrêtés d'autorisation et aux procès-verbaux des visites de conformité (art L313-4 CASF) ; - Les conditions de sécurité du résident hébergé dans ce studio, (prévention des fugues, appels-malades, sécurité incendie) et de prise en charge relatives aux soins (art L311-3 1° CASF). En conséquence, la direction doit informer la mission de la fermeture du studio et exclure toute attribution à un résident sans les mises en conformité suivantes : - de l'achèvement des travaux (PV de conformité à fournir) ; - des modalités d'attribution de ce studio.	La direction fournit les preuves de location de ce studio au personnel vacataire de l'établissement. Selon les déclarations de la direction, le studio n'héberge plus de résidents.	Injonction 4 levée.		Immédiat
15	Injonction	2.5.4.3	Fonctions support	Sécurités	La mission d'inspection a constaté des dysfonctionnements du système d'appel malade portant atteinte à la sécurité du résident. 5A : La direction doit rétablir un système fonctionnel des appels-malades dans toute la résidence (signal d'appel, signal lumineux et numéros de chambres) et équiper en terminaux téléphoniques l'ensemble des personnels soignants. 5B : Fournir à la mission d'inspection la preuve d'engagement de la dépense (devis signé) au titre des fonds versés en 2022 d'un montant de 38582,75 euros prévus pour le remplacement du système d'appel malade. 5C : Fournir à la mission d'inspection la preuve d'installation du système malade au regard des crédits non reconductibles versés en 2022 d'un montant de [REDACTED] euros prévus pour le remplacement du système d'appel malade. 5D : La direction doit sensibiliser l'ensemble des équipes à la réponse rapide aux appels malades. 5E : La direction doit fournir le relevé d'appels-malades, des temps de décroché et des acquittements pour le premier semestre 2024.	D'après les factures fournies le système d'appel malade a été réparé. Le devis d'engagement de dépense a été fourni L'extraction du système d'appel malade n'a pas été fournie.	Injonction 5A levée. Injonction 5B levée. Injonction 5C maintenue Injonction 5D maintenue Injonction 5E maintenue	L313-4 CASF (docs sur droits du résident) L311-3 CASF 1° (sécurité du résident) Art. D312-155-0, 1, 2° : Les EHPAD "...proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés... et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée".	Immédiat Immédiat 6 mois 3 mois 1 mois
16	Injonction	3.2.3.1	Prise en charge	Respect des droits des personnes	La mission d'inspection a constaté un taux très élevé de [REDACTED] de contentions, l'accompagnement proposé aux résidents n'est pas individualisé et ne favorise pas leur développement et leur autonomie, ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF. La direction doit mettre en œuvre les mesures suivantes : - Respecter le principe de la prescription médicale des contentions ;	Une procédure concernant les contentions a été rédigée et un tableau mensuel reprenant l'ensemble des contentions est affiché dans l'infirmerie et actualisé si besoin.	Injonction 6 levée	L311-3 1° CASF (Liberté d'aller et venir du résident) R311-0-7 CASF (évaluation pluridisciplinaire et élaboration de l'annexe au contrat de séjour sur la liberté d'aller et venir) R331-0-8 CASF (MedCo et directeur prennent des mesures de	Immédiat

				- Formaliser une procédure d'utilisation et de réévaluation des contentions ; - Réévaluer régulièrement en réunion pluridisciplinaire la pertinence (rapport bénéfice/risque) des contentions de tous les résidents ; - Organiser une réévaluation médicale quotidienne qui doit être tracée.	Par ailleurs, pour chaque résident ayant une contention, une fiche est établie récapitulant mois par mois là où les contentions et la prescription médicale de la ou les contentions est revue chaque mois avec le médecin traitant et une nouvelle ordonnance est rédigée si une ou des contentions sont renouvelées. Protocole de contention fournis avec réévaluation pluridisciplinaire tous les 15 jours.		protection face à comportement dangereux de résident) R331-0-9 CASF (réévaluation de l'annexe sur la liberté d'aller et venir) Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée HAS octobre 2000 Art. 3 Charte des droits et libertés des personnes âgées en situation de handicap ou de dépendance : « Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société »		
17	Injonction	3.8.2.3 3.8.2.4 3.8.2.7 3.8.2.18 3.8.2.20 3.8.2.22 3.8.3.4	Prise en charge	Soins	17A - L'établissement doit mettre en œuvre les mesures suivantes sur la prise en charge médicamenteuse : - Diffuser le protocole formalisé relatif à l'aide à la prise des médicaments par les AS/AMP/AVS ; - Organiser la distribution des médicaments conformément aux procédures du circuit du médicament ; - Inscrire les dates d'ouverture sur les flacons de consommables ; - Diffuser la liste des médicaments non broyables et non écrasables au personnel chargé de l'administration des médicaments ; - Sécuriser l'accès aux médicaments et au stock tampon en les conservant dans une armoire fermée à clé, dont l'accès doit être réglementé ; - Garantir la conservation des médicaments thermosensibles par la mise en œuvre d'un contrôle quotidien systématique de l'enceinte réfrigérée, dans laquelle ils sont stockés. 17B- Mettre à disposition le matériel informatique (tablette) fonctionnel permettant la traçabilité de la distribution des médicaments en temps réel par les IDE.	Carence de réponse de l'établissement à la mesure proposée.	Injonction 7A maintenue	L.311-3 CASF L5126-6 (PUI) R5126-108 (PUI-méd délivrés en urgence) R5126-112 (Délivrance médicament sur prescription) R5126-113 (convention entre PUI et professionnel de santé ou biologiste responsable de laboratoire de biologie médicale) D312-158 13° CASF (MedCo-prescription pour soins urgents) R.4312-39 du CSP (IDE protège accès aux médicaments) R4312-15 CSP (IDE responsable de l'accès aux médicaments) Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé (Article 13 : Détention et stockage « Les médicaments sont détenus dans des locaux, armoires ou autres dispositifs de rangement fermés à clé ou disposant d'un mode de fermeture assurant la même sécurité et des conditions de conservation garantissant l'intégrité du médicament)	3 mois
					La mission d'inspection souhaite la preuve de mise en place des tablettes telles que factures de réparation ou d'achat des tablettes mises à disposition des IDE.	Injonction 7B maintenue		Immédiat	
					17C - Former et évaluer les professionnels concernés. - Mettre en place une liste préférentielle des médicaments.	Carence de réponse de l'établissement à la mesure proposée.	Injonction 17C maintenue		1 mois

I8	Injonction	3.8.2.23 3.8.3.6	Prise en charge	Soins	La gestion, l'administration des médicaments stupéfiants doit être conforme à la réglementation et faire l'objet d'une procédure spécifique. La direction doit mettre en place les mesures suivantes : - Respecter la procédure pour la gestion des stupéfiants ; - Garantir la traçabilité des administrations de stupéfiants sur les registres ad hoc ; - Mettre à jour le registre nominatif des stupéfiants ainsi que le contenu du coffre à stupéfiants.	Une partie des pièces fournies est inexploitable, le protocole est incomplet notamment le tableau journalier de surveillance des toxiques.	Injonction I8 maintenue	Article R5132-36 CSP (toute entrée/sortie de substances et de stupéfiants est inscrite dans un registre ou enregistrée par un système informatique spécifique) L313-1 4° CASF R5132-26 CSP (rangement à clé pour médicament stupéfiant liste I et II) R4235-48 CSP (mission pharmacien-conseil usage médicament) Article 6 de l'annexe de l'Arrêté du 12 mars 2013 relatif aux substances, préparations, médicaments classés comme stupéfiants*	Immédiat
I9	Injonction	3.8.3.8	Prise en charge	Soins	La mission d'inspection a constaté que : - le chariot/sac d'urgence n'était pas en place le jour de l'inspection ; - le stock de médicaments dédié au chariot d'urgence est rangé dans une armoire fixe, située dans l'infirmerie du rez-de-chaussée et certains médicaments sont périmés. L'établissement doit mettre en place le matériel pour répondre aux urgences au sein de l'établissement et assurer la sécurité des résidents. Conformément à la réglementation et au protocole interne à l'établissement, le sac/chariot d'urgence doit : - être fonctionnel, en place complet, vérifié et scellé ; - les médicaments inventoriés ne doivent pas être périmés.	L'établissement répond à la mesure correctrice.	Injonction I9 levée	L311-3 1° CASF (Sécurité résident) D312-158 13° CASF (mission MedCo en cas d'urgence) R4312-39 CSP (IDE limite accès aux médicaments) R4312-43 du CSP (IDE applique les protocoles médicaux)	Immédiat

Type de mesures	Réf. Rapport / N° IGAS	Thème IGAS	Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
P1	Prescription	Gouvernance	Conformité aux conditions d'autorisation	La mission d'inspection a constaté l'absence de projet spécifique de service du PASA ce qui contrevient aux dispositions des articles D312-155-0-1 et D312-155-0-2 du CASF. La direction doit élaborer et communiquer le projet spécifique de service du PASA.	Carence de réponse de l'établissement à la mesure proposée.	Prescription P1 maintenue	Art. D312-155-0-1 (PASA) Art. D312-155-0-2 (UHR) RBPP : "L'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neurodégénérative en PASA" (ANESM: 13/12/2016)	6 mois
P2	Prescription	Gouvernance Prise en charge	Management et stratégie Vie sociale et relationnelle	P2A - Le règlement de fonctionnement doit être mis à jour et remis à chaque personne accueillie et doit être affiché dans l'établissement (fournir photo). P2B - La direction doit finaliser et valider le projet d'établissement et le projet général de soins pour la période 2024-2029 en s'assurant : - De la participation active des professionnels à l'élaboration du PE afin qu'ils se sentent impliqués et se l'approprient ; - De l'inscription du volet relatif à l'animation ; - De la formalisation des objectifs de prise en soins des résidents ; - De la consultation des usagers ; - Transmettre le PE au CD et à l'ARS. P2C - Concernant le projet d'établissement, la direction de l'établissement, en lien avec le MedCo et les équipes soignantes, doit définir les objectifs de prise en soins des résidents et s'assurer de la participation active des professionnels à l'élaboration du PE afin qu'ils se sentent impliqués et se l'approprient.	Carence de réponse de l'établissement à la mesure proposée.	Prescription P2A maintenue	L311-8 du CASF (contenu PE/PE tous les 5 ans) D311-38 du CASF (projet de soins dans PE) D312-160 CASF (plan en cas de crise sanitaire ou climatique) R314-88 1° du CASF (prestations du siège incluses dans les frais des siège-projet d'établissement) Article D311-38-3 fixe le projet minimal du contenu du PE Article D311-38-4 envoi du PE après consultation du conseil de vie sociale. D311-38-5 projet général de soins R.311-35, R.311-36, R.311-37 du CASF (contenu RF)	6 mois
					Carence de réponse de l'établissement à la mesure proposée.	Prescription P2B maintenue		6 mois
					Carence de réponse de l'établissement à la mesure proposée.	Prescription P2C maintenue		6 mois
P3	Prescription	Gouvernance	Management et stratégie	Le plan bleu 2023 n'a pas été fourni. Le document remis à la mission d'inspection est le plan canicule. Il s'agit du volet climatique qui n'est qu'une composante du plan bleu. La direction de l'établissement et les responsables de service doivent établir et formaliser le plan bleu (plan de crise sanitaire ou climatique 2024) avec ses composantes : plan de continuité des activités et plan de retour à l'activité. Le plan bleu de l'EHPAD doit être actualisé annuellement et envoyé aux autorités de tutelles.	Carence de réponse de l'établissement à la mesure proposée.	Prescription P3 maintenue	L.311-3 du CASF (sécurité des prises en charge) D312-160 CASF (plan en cas de crise sanitaire ou climatique) D312-155-4-1 (PE, partie en cas de crise sanitaire ou climatique) Arrêté du 7 juillet 2005, 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.	6 mois

P4	Prescription	1.2.2.11	Gouvernance	Management et stratégie	Il n'a pas été transmis à la mission le document de délégation de signature du directeur de l'EHPAD, à ses collaborateurs. Etablir et transmettre aux autorités de tutelle le document de délégation de signature du directeur de l'EHPAD.	Carence de réponse de l'établissement à la mesure proposée.	Prescription P4 maintenue	D315-67 CASF (délégation de signature directeur -> membre catégorie A) D315-68 CASF (contenu délégation) D315-69 CASF (qualification et grade du délégataire)	1 mois
P5	Prescription	1.3.3.1 1.3.3.2	Gouvernance	Animation et fonctionnement des instances	P5A - La fréquence des réunions du CVS n'est pas conforme à l'article D311-16 du CASF. La direction doit réunir le CVS au moins trois fois par an. Transmettre l'agenda des prochaines réunions du CVS.	Carence de réponse de l'établissement à la mesure proposée.	Prescription P5A maintenue	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)	1 mois
					P5B - Transmettre le CR des réunions du CVS.	Carence de réponse de l'établissement à la mesure proposée.	Prescription P5B maintenue	D311-9 CASF (président du CVS et directeur) D311-12 et -13 CASF (représentation des salariés et dans les Ets publics des organisations syndicales)	6 mois
					P5C - En ne présentant pas de bilan des événements indésirables au Conseil de la vie sociale, la direction de l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article R331-10 du CASF. Les comptes rendus de CVS doivent faire état de la présentation d'un bilan relatif aux événements indésirables.	Carence de réponse de l'établissement à la mesure proposée.	Prescription P5C maintenue	D311-15 CASF (CVS conseil 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)	6 mois

P6	Prescription	1.4.3.1 1.4.3.2 1.4.3.3	Gouvernance	Gestion de la qualité et gestion des risques	P6A - Mettre en place une programmation de mesures de prévention de la maltraitance : formations à la bientraitance, autoévaluation, désignation d'un référent bientraitance, groupe d'analyse des pratiques.	Carence de réponse de l'établissement à la mesure proposée.	Prescription P6A maintenue	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 lutte c/ la maltraitance et au dvt de la bientraitance du 20 février 2014 Instruction DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007	3 mois
					P6B - La direction doit conduire une politique globale de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance et adresser à l'ARS les éléments prouvant la réalité de sa mise en œuvre : plan de formation, auto-évaluation, CR de groupe d'analyse des pratiques, revue d'EI et de réclamation, suivi des actions identifiées dans le PAQSS sur cette thématique.	Carence de réponse de l'établissement à la mesure proposée.	Prescription P6B maintenue	HAS, « La bientraitance : définition et repères ... » et « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement ... », 2008 L119-1 CASF (Définition maltraitance)	6 mois
					P6C - Il n'existe aucune procédure relative aux situations de violence ou harcèlement sexuel au sein de l'établissement. Formaliser une procédure spécifique de lutte contre les violences sexuelles et mettre en place les procédures de signalement pour les cas de situation de violence et harcèlement sexuel et cas d'agressions.	Carence de réponse de l'établissement à la mesure proposée.	Prescription P6C maintenue	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 lutte c/ la maltraitance et au dvt de la bientraitance du 20 février 2014 Instruction DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007 HAS, « La bientraitance : définition et repères ... » et « Mission du responsable d'établissement »	1 mois

				P6D - L'établissement n'a pas transmis de procédure de signalement dans le cadre d'agression, de situation de violence et harcèlement sexuel. La procédure de signalement des EI est ancienne. La direction doit réaliser l'analyse des événements indésirables dans le cadre d'une démarche continue d'amélioration de la qualité.	Carence de réponse de l'établissement à la mesure proposée.	Prescription P6D maintenue	et rôle de l'encadrement ... », 2008 Obligation hors fonction publique. Art. 40 du code de procédure pénale (obligation de signalement de tout agent public si connaissance crime ou délit) Art. 434-3 du code pénal (sanction si non signalement de faits de maltraitance) L 331-8-1 CASF (information aux autorités des dysfonctionnements) Art. 226-14 du code pénal (dérogation au secret médical si privations ou sévices) L119-1 CASF (Définition maltraitance) L.331-8-1 CASF (déclaration EI à autorité compétente) R331-8 CASF (déclaration EI à autorité compétente) Arrêté du 28/12/2016 relatif à l'obligation de signalement des ESMS L313-24 CASF (protection du signifiant)	1 mois
P7	Prescription	2.1.1.6 2.1.1.7 2.1.2.1 2.1.2.3 2.1.2.5 2.1.4.1 2.1.4.5 2.1.4.7 2.1.4.10	Fonctions support	Gestion des ressources humaines	Carence de réponse de l'établissement à la mesure proposée.	Prescription P7A maintenue	Article L. 1242-2 du Code du travail Articles L. 1242-1 et L. 1248 du Code du travail D. 312-155-0 II11 du CASF L311-3 CASF	6 mois
					Carence de réponse de l'établissement à la mesure proposée.	Prescription P7B maintenue	Cour de Cassation, Chambre criminelle : arrêt du 8 juin 2021 (Pourvoi n° 20-83.574) à propos d'un EHPAD francilien d'un autre groupe	3 mois
					Carence de réponse de l'établissement à la mesure proposée.	Prescription P7C maintenue		3 mois
					P7C - Fournir les fiches de poste nominatives et signées pour l'ensemble du personnel soignant : IDE AS, ASG, AES, AMP et AUX/AVS.			

				P7D – La direction ne doit pas affecter aux soins des personnels non qualifiés au sein des équipes de jour et de nuit. La direction doit réorganiser les équipes soignantes en recrutant des personnels qualifiés. Sur les 3 agents en CDI intervenant de nuit, seule une aide-soignante détient un diplôme reconnu conformément à l'article L-4391-1 du CSP.	Carence de réponse de l'établissement à la mesure proposée.	Prescription P7D maintenue	Articles L-4391-1 du CSP et L-4391-2 du CSP.	Immédiat
				P7E - La direction doit engager certains des personnels actuellement affectés aux soins qui ne disposent pas des diplômes ou certifications requis (agent de soins et faisant fonction d'aides-soignants) vers des formations par le biais de la VAE, vers les personnels non-diplômés.	Carence de réponse de l'établissement à la mesure proposée.	Prescription P7E maintenue		6 mois
				P7F - Les plannings ne sont pas signés, la qualification de tous les agents ne figure pas toujours sur le planning et les unités d'affectation ne sont pas toujours respectées. Formaliser les plannings, les mettre en œuvre, les signer, mentionner la qualification des agents et respecter les unités d'affectation et les fournir à la mission d'inspection/contrôle.	Carence de réponse de l'établissement à la mesure proposée.	Prescription P7F maintenue		Immédiat
				P7G - La mission constate que la procédure d'accueil des nouveaux salariés n'est pas mise en œuvre et l'absence d'échanges entre les professionnels de l'établissement ou de réunions dédiées aux bonnes pratiques. Formaliser et mettre en œuvre une procédure d'accueil des nouveaux salariés ainsi que des temps d'échanges dédiés aux bonnes pratiques et au soutien entre professionnels.	Carence de réponse de l'établissement à la mesure proposée.	Prescription P7G maintenue		Immédiat
				P7H - Solliciter et obtenir une délivrance d'autorisation d'exercice auprès de la DRIETS conformément à l'article L-4391-2 du CSP pour un des agents détenteur un diplôme européen (espagnol). La mission recommande à la direction de l'établissement de se rapprocher de l'inspection travail, de la DRIETS et de s'appuyer sur la convention collective pour s'assurer des bonnes pratiques notamment concernant le temps de travail hebdomadaire des professionnels de l'EHPAD et concernant les diplômes hors France.	Carence de réponse de l'établissement à la mesure proposée.	Prescription P7H maintenue		6 mois
				P7I - La mission n'a pas constaté l'existence de procédure relative aux absences inopinées. La direction doit formaliser, mettre en œuvre une procédure pour pallier aux absences inopinées et stabiliser les effectifs en ayant recours aux CDD longs (sup à 3 mois) ou aux CDI.	Carence de réponse de l'établissement à la mesure proposée.	Prescription P7I maintenue		1 mois

P8	Prescription	2.1.4.2 2.1.4.4	Fonctions support	Gestion des ressources humaines	La mission d'inspection a constaté des écarts en étudiant les fiches de poste. P8A - Les deux fiches de poste IDE et AS/AMP/Agent de soins remises à la MI sont génériques et ne sont ni nominatives et ni signées. L'établissement utilise une fiche de poste unique pour trois catégories de personnel AS, AMP et agent de soins générant un glissement de tâches relatif à la dispensation de médicament. La direction de l'EHPAD devrait formaliser les fiches de poste des professionnels par catégories de personnels (AS, AMP, agent de soins) et les leur faire signer. Il est nécessaire de mettre en place une fiche de poste par catégorie de personnel et qualification : IDE, AS, agent de soins. Chaque fiche de poste doit être nominative, signée par chaque employé, contresignée par la direction de l'établissement et consignée dans le dossier administratif du personnel. P8B - Faire cesser la dispensation de médicament par des salariés faisant fonction d'AS non diplômés car ceci contrevient au cadre de délégation mentionnée à l'art R4311-4 du CSP.	Carence de réponse de l'établissement à la mesure proposée.	Prescription P8A maintenue	L451-1 du CASF (agrément des formations sociales)	1 mois
						Carence de réponse de l'établissement à la mesure proposée.	Prescription P8B maintenue		Immédiat
						P8C - Procéder pour les dispensations hors aide aux actes de la vie courante au recrutement d'AS diplômés, afin d'assurer une prise en charge de qualité et sécurisée des usagers et mettre à jour la documentation relative à la distribution des médicaments. Le protocole de distribution des médicaments doit être actualisé, transmis à l'ensemble de l'équipe soignante et la direction doit s'assurer de la bonne mise en œuvre.	Carence de réponse de l'établissement à la mesure proposée.	Prescription P8C maintenue	6 mois
P9	Prescription	2.3.2.1	Fonctions support	Gestion d'information	Le registre légal des entrées et des sorties est incomplet car il répertorie seulement 21 résidents sur les 62 résidents pris en charge sur l'EHPAD au jour de la visite, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L331-2 du CASF. Il n'est paraphé ni par la direction de l'établissement, ni par le maire de la commune, ce qui contrevient aux obligations mentionnées à l'article R331-5 du CASF. Le registre des entrées et sorties doit être actualisé et paraphé par la direction et le maire.	Carence de réponse de l'établissement à la mesure proposée.	Prescription P9 maintenue	L. 331-2 CASF (accès permanent au registre E/S)	Immédiat

P10	Prescription	2.3.4.2 3.2.2.5 3.8.2.25	Fonctions support Prise en charge	Gestion d'information	De nombreuses irrégularités ont été relevées dans les dossiers administratifs des résidents qui sont incomplets. Par ailleurs, la confidentialité des dossiers administratifs des résidents n'est pas assurée. La désignation de la personne de confiance prévue par l'article L311-5-1 du CASF n'est pas renseignée dans tous les dossiers des résidents consultés. Ces derniers ne contiennent pas non plus systématiquement une copie du document attestant de la délivrance de l'information sur la personne de confiance, comme exigé par les dispositions de l'article D311-0-4 du CASF. La direction de l'établissement doit : - Mettre à jour les dossiers administratifs des résidents en application de la loi 2002-2 et en assurer la confidentialité. - Veiller à l'information de l'exhaustivité des résidents sur la désignation de la personne de confiance et à la traçabilité de cette information dans les dossiers administratifs, cf L311-5-1 et D311-0-4 du CASF. - Faire remplir systématiquement les documents concernant les directives anticipées et les personnes de confiance.	Carence de réponse de l'établissement à la mesure proposée.	Prescription P10 maintenue	L311-3&4 et L311-5-1 CASF L. 1111-6 CSP (personne de confiance) Circulaire DGAS/SD5 n°2004-138 du 24/03/2004 relative au livret d'accueil. Loi 2002-2 (Kouchner) relative aux droits et libertés L311-4, 6° alinéa CASF (transmission des coordonnées pers de confiance par la structure précédente) L1111-6 CSP et L311-5-1 et D311-0-4 CASF (information et désignation personne de confiance) L1111-11 CSP R1111-19 CSP R4312-43 CSP (Utilisation protocole par IDE) D312-158 CASF RBPP HAS Accompagner la fin de vie des personnes âgées en EHPAD, 2017	1 mois
P11	Prescription	2.4.1.3 2.4.1.6 3.4.1.1	Fonctions support	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	11A - Le jour de l'inspection la MI a constaté les points suivants : - Le local aide-soignant ouvert non fermé à clé ; - Le libre accès aux terrasses par les portes non verrouillées ; - Plusieurs fenêtres situées aux étages ne disposent ni de serrure, ni d'entrebâilleur verrouillant ou limitant l'ouverture. La sécurité des résidents n'est pas assurée. Le local aide-soignant doit être verrouillé en l'absence de personnel. Les portes et les fenêtres situées aux étages doivent être sécurisées, afin de garantir la sécurité des visiteurs et résidents. 11B - L'équipe d'inspection/contrôle a constaté l'état dégradé des installations, du bâti et des conditions d'accueil qui ne permettent pas d'assurer la sécurité des personnes hébergées. Dans les locaux visités, la mission a constaté : - Des traces d'humidité et de moisissures dans certaines chambres (n°143 et n°13) et locaux communs (salle commune donnant sur la salle de restauration photo n°45) ;	Carence de réponse de l'établissement à la mesure proposée.	Prescription P11A maintenue	L. 311-3 1° CASF (Sécurité du résident) L311-7-1 (état des lieux de la chambre à l'entrée et sortie du résident) Annexe 2-3-1 II CASF (prestation accueil hôtelier)	Immédiat

				- Des sols dégradés dans une chambre (n°9) et les locaux communs (couloir donnant sur le salon d'hiver) ; - Des fissures importantes dans les murs (couloirs) ; - Des infiltrations d'eau dans le bureau de l'animatrice (l'animatrice est installée temporairement dans le bureau de la directrice). L'établissement doit réaliser les travaux pour garantir la sécurité et le bien-être du résident et pour assurer les prestations minimales d'hébergement conformément à l'article L 311-3-1er du CASF.	Carence de réponse de l'établissement à la mesure proposée.	Prescription P11B maintenue		3 mois
P12	Prescription	2.5.3.3	Fonctions support	Sécurités	La mission constate que la sécurité du résident n'est pas assurée conformément à l'article L311-3 1° CASF. Afin de se mettre en conformité avec l'art D312-155-0, I, 2°, pour dispenser les soins et une aide à la vie quotidienne adaptée la direction doit mettre en place : - Des réunions d'analyse des chutes, mettre en place les mesures correctrices, - Formaliser un protocole, et un plan de formation à la prévention des chutes.	Prescription P12 maintenue	L311-3 1° CASF (sécurité du résident) Art. D312-155-0, I, 2° : Les EHPAD "...proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés... et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée".	6 mois
P13	Prescription	3.1.4.5 3.1.4.6	Prise en charge	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	P13A - La mission n'a pas pu constater que les médecins traitant intervenant dans l'EHPAD avaient signé de contrat type prévu à l'article L314-12 du CASF. Les documents demandés n'ont pas été fournis. La direction doit signer un contrat avec chaque médecin traitant intervenant dans l'EHPAD.	Prescription P13A maintenue	D313-30-1 CASF (contrat médecin libéraux) L314-12 du CASF (rôle méd libéraux dans EHPAD) D312-158 2° CASF (missions du MedCo) L311-3 5° CASF (résident à accès à toutes infos ou docs le concernant)	Immédiat
					P13B - L'intégralité des transmissions médicales n'est pas retrouvée dans les dossiers des résidents, ce qui contrevient aux attendus réglementaires. Les actes, bilans et transmissions quotidiens et/ou mensuels de tous les intervenants extérieurs (kiné, orthophoniste, psychomotricien, médecins traitants) doivent être tracés dans le dossier de soins du résident. Les informations médicales doivent être tracées par les médecins traitants en temps réel et de façon exhaustive.	Prescription P13B maintenue	R4311-1 CSP (mission IDE de recueil données cliniques) R4321-91 CSP (code déonto kiné, traçabilité des séances) R4311-2 CSP (mission IDE de recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions)	
P14	Prescription	3.2.2.2	Prise en charge	Respect des droits des personnes	En n'assurant pas l'information aux résidents, ou à leur représentant en charge d'une mesure de protection juridique, de la liste des personnes qualifiées et des modalités pratiques de leur saisine, ni des numéros d'appel des services d'accueil et d'écoute téléphonique adaptés aux besoins de prise en	Prescription P14 maintenue.	L311-3, 6° CASF (info de l'usager sur ses droits et protections, voies de recours à sa disposition) L311-4 CASF (Livret d'accueil et contrat de séjour)	1 mois

P15	Prescription	3.4.3.7 3.4.3.10	Prise en charge	Vie quotidienne - Hébergement	charge, la direction contrevient aux dispositions de l'article L311.3.6° du CASF. La direction doit assurer l'information aux résidents ou à leur représentant de la liste des personnes qualifiées, des modalités pratiques de leur saisine et des numéros d'appel des services d'accueil et d'écoute téléphonique, adaptés aux besoins de prise en charge.	Carence de réponse de l'établissement à la mesure proposée.	Prescription P15 maintenue	L311-4-1 CASF (annexe au contrat de séjour relative aux mesures d'exercice de la liberté d'aller et venir) L311-5 (appel à une personne qualifiée) L311-5-1 et D311-0-4 CASF (personne de confiance) Circulaire DGAS/SD5 n°2004-138 du 24 mars 2004 relative au livret d'accueil	Immédiat
P16	Prescription	3.8.2.1 3.8.2.2	Prise en charge	Soins	La mission constate que l'amplitude horaire entre le dîner et le petit déjeuner est supérieure à 12h00. L'organisation des repas n'est pas formalisée de manière identique dans les différents supports produits et mis à disposition des résidents. Une collation nocturne est proposée la nuit à la demande. L'établissement doit mettre en œuvre les mesures suivantes : - Formaliser une procédure unique de distribution des repas et uniformiser l'ensemble des documents (règlement de fonctionnement, livret d'accueil et contrat de séjour). - Organiser la distribution des repas différemment en limitant l'amplitude horaire nocturne entre le dîner et le petit déjeuner afin de diminuer la période de jeûne nocturne. - Assurer la distribution d'une collation nocturne à la demande des résidents tout en effectuant la traçabilité. En outre, la prévention de la dénutrition et des troubles de la déglutition doit être renforcée par le biais de formations et du respect des bonnes pratiques. La mission constate que les transmissions inter-équipes se font en partie oralement et la traçabilité des soins est insuffisante et ne permet pas de s'assurer de la qualité de la prise en charge des soins courants, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R4311-2.2° du CSP. L'établissement doit mettre en place la traçabilité des transmissions inter-équipe et des soins de manière exhaustive et en temps réel dans le dossier médical informatisé du résident.	Carence de réponse de l'établissement à la mesure proposée.	Prescription P16 maintenue	"L311-3.2° CASF (libre choix des prestations offertes) L311-3.3° CASF (PAI et consentement du résident) L. 311-3.4° CASF (confidentialité des infos concernant le résident) L. 311-3.5° CASF (résident à accès à toutes infos ou docs le concernant) L311-3.7° CASF (participation directe du résident au PAI) R4312-43 CSP (Utilisation protocole par IDE)" D312-155-0.2° (dispensation soins paramédicaux en EHPAD) R1112-2 CSP (contenu dossier médical)	Immédiat

								R4311-1 CSP (mission IDE- Recueil données clinique) R4311-2 CSP (mission IDE) R4311-3 CSP (Déf rôle propre IDE) R4311-4 CSP (délégation IDE des actes rôle propre à AS) R4311-5 CSP (Actes du rôle propre IDE) L311-3 5° CASF et L. 1111-7 CSP (accès à ses données de santé et/ou rel à sa PEC) D4391-1 et suiv. CSP (diplôme AS) R4321-91 CSP (transmissions Kiné) Annexe 1 de l'arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation DEAS	
P17	Prescription	3.8.2.24	Prise en charge	Soins	L'évaluation et le suivi de la douleur des résidents ne sont pas suffisamment organisés ce qui contrevient aux dispositions des articles L1110-5, L1112-4 et R4311-2 5° du CSP. Une évaluation systématique de la douleur à l'aide d'outils d'évaluation devrait être effective.	Carence de réponse de l'établissement à la mesure proposée.	Prescription P17 maintenue	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, Guide méthodologique Le déploiement de la bienveillance Les principes de bienveillance : déclinaison d'une charte, HAS, 2012.	Immédiat
P18	Prescription	3.8.3.9	Prise en charge	Soins	La signalétique présente au sein de l'établissement matérialise l'emplacement de deux DAE, alors qu'un seul DAE est en place, créant la confusion en cas d'urgence. L'emplacement du DAE et sa signalétique doivent être conformes aux exigences réglementaires et doit permettre de répondre aux situations d'urgence conformément aux exigences réglementaires. Désinstaller la boîte de DAE vide.	Carence de réponse de l'établissement à la mesure proposée.	Prescription P18 maintenue	décret n°2018-1186 du 19 décembre 2018 décret n° 2018-1259 du 27 décembre 2018 loi du n°2018-527 du 28 juin 2018 Arrêté du 29 octobre 2019 (signalisation DAE dans les ERP)	Immédiat

	Type de mesures	Réf. Rapport / N°IGAS	Thème IGAS	Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
R1	Recommandation	1.1.1.2	Gouvernance	Conformité aux conditions d'autorisation	La direction de l'EHPAD doit mener les actions nécessaires visant à augmenter son taux d'occupation.	Carence de réponse de l'établissement à la mesure proposée.	Recommandation R1 maintenue	L313-1 alinéa 4 du CASF (autorisation pour 15 ans, info si changement d'activité, d'installation, d'organisation, de direction ou de fonctionnement, renouvellement autorisation selon résultats évaluation) L313-4 CASF (conditions d'accord de l'autorisation) R314-87 et R314-88-I et -II du CASF (autorisation de dépenses relatives aux frais de siège : prestations incluses et DUD attachée) D313-15 CASF (% par GIR) " accueillent une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 3 supérieure à 15 % de la capacité autorisée ainsi qu'une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 2 supérieure à 10 % de la capacité autorisée". & R 332-1 CASF (APA Etb 60 ans) D312-155-0-1 CASF (PASA) D312-155-0-2 CASF (UHR) D312-8 et -9 CASF (accueil temporaire)	
R2	Recommandation	1.1.3.1	Gouvernance	Conformité aux conditions d'autorisation	Au jour de l'inspection/contrôle, 3 résidents ne sont pas catégorisés – La catégorisation (évaluation) de GIR doit être établie par le MédCo à l'admission.	Carence de réponse de l'établissement à la mesure proposée.	Recommandation R2 maintenue	D313-15 du CASF (EHPAD : 2 critères cumulés doivent être remplis : " Les EHPAD accueillent une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 3 > à 15 % de la capacité autorisée et une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 2 > à 10 % de la capacité	

								autorisée*) D312-158, 2° (avis du médecin à l'admission), 4° (évaluation par le médecin de l'état de dépendance des résidents et de leurs besoins en soins requis), 6° du CASF (évaluation gériatrique).	
R3	Recommandation			Gouvernance	Management et stratégie	Les liens hiérarchiques doivent être mis en évidence dans l'organigramme. La direction de l'EHPAD doit revoir l'organigramme détaillé pour les agents de l'établissement, en faisant apparaître les liens hiérarchiques et mentionner l'ensemble des catégories de professionnels présents dans l'établissement conformément à l'art D312-155-0 du CASF.	Carence de réponse de l'établissement à la mesure proposée.	Recommandation R3 maintenue	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'éth et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance », 2008
R4	Recommandation			Gouvernance	Management et stratégie	Les comptes rendus de réunion ne sont pas formalisés, au sein de l'EHPAD, ce qui peut fragiliser la continuité de fonctionnement de l'EHPAD et la réalisation des actions d'amélioration de la qualité. La direction doit formaliser et mettre en œuvre des réunions de direction.	Carence de réponse de l'établissement à la mesure proposée.	Recommandation R4 maintenue	D312-176-5 CASF (document unique de délégation du directeur, EHPAD privé)
R5	Recommandation			Gouvernance	Management et stratégie	Les échanges mensuels entre le gestionnaire et l'EHPAD ne sont pas tracés, ne permettant	Carence de réponse de l'établissement à la mesure proposée.	Recommandation R5 maintenue	

					pas de garantir que le gestionnaire a connaissance des difficultés éventuelles de l'EHPAD et prend des dispositions, le cas échéant. La procédure d'urgence n'est pas communiquée. Le gestionnaire doit formaliser les comptes rendus des COPIL siège/EHPAD et la procédure d'urgence doit être transmise à la mission.				
R6	Recommandation	1.2.2.8	Gouvernance	Management et stratégie	Il n'existe pas de procédure écrite organisant la continuité de direction, en l'absence du directeur de l'EHPAD. L'établissement doit formaliser la procédure organisant la continuité de direction, en l'absence du directeur de l'EHPAD.	Carence de réponse de l'établissement à la mesure proposée.	Recommandation R6 maintenue		
R7	Recommandation	1.2.3.5	Gouvernance	Management et stratégie	Les affichages qui devraient être présents et visibles au sein de l'EHPAD sont incomplets. L'établissement doit afficher l'ensemble des documents qui devraient être présents et visibles au sein de l'EHPAD.	Carence de réponse de l'établissement à la mesure proposée.	Recommandation R7 maintenue	L. 311-4 CASF (charte des droits et libertés pers. Accueillie) R.311-34 CASF (règlement de fonctionnement)	
R8	Recommandation	1.4.1.1	Gouvernance	Gestion de la qualité	Le responsable qualité n'est pas désigné au sein de l'EHPAD. L'établissement doit désigner un représentant responsable qualité au sein de l'EHPAD.	Carence de réponse de l'établissement à la mesure proposée.	Recommandation R8 maintenue	HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle dans la prévention et le traitement de la maltraitance", 2018	
R9	Recommandation	2.1.3.1	Fonctions support	Gestion des ressources humaines	Aucun groupe d'analyse des pratiques n'est proposé aux salariés. La direction doit mettre en place des groupes d'analyse des pratiques pour les salariés.	Carence de réponse de l'établissement à la mesure proposée.	Recommandation R9 maintenue	Référentiel d'évaluation de la qualité des ESMS (HAS - 08/03/2022)	
R10	Recommandation	3.2.1.1 3.2.2.1	Prise en charge	Respect des droits des personnes	La mission n'a pas constaté l'affichage de la charte des Droits et Libertés et la	Carence de réponse de l'établissement à la mesure proposée.	Recommandation R10 maintenue	L311-4 CASF (Docs sur droits résident - livret d'accueil et annexes -	Immédiat

					participation des familles à l'accompagnement de la personne accueillie n'est pas clairement formalisée. La direction doit : - Formaliser la participation des familles à l'accompagnement de la personne accueillie et aux différents projets de l'établissement en dehors du CVS ; - Afficher de manière accessible la charte des Droits et Libertés de la personne accueillie.				contrat de séjour) Arrêté du 8 septembre 2003 (charte droit et liberté)		
R11	Recommandation	3.2.4.1	Prise en charge	Respect des droits des personnes	Lors du sondage des dossiers administratifs des résidents, une enveloppe contenant des espèces a été trouvée. L'établissement doit placer les objets de valeurs et les espèces des résidents en lieux sûrs.	Carence de réponse de l'établissement à la mesure proposée.	Recommandation R11 maintenue	L.472-5, D. 472-13 et sv du CASF (en EHPAD public > 80 places, désignation d'un ou plusieurs agents préposés mandataires judiciaires à la protection des majeurs ou prestataire extérieur) Articles 425 et sv du code civil (protection juridique des majeurs) HAS "Qualité de vie en EHPAD, volet 2", 2011	Immédiat		
R12	Recommandation	3.4.3.2	Prise en charge	Vie quotidienne - Hébergement	L'affichage de l'enquête de satisfaction sur la restauration n'est pas réalisé L'établissement doit afficher l'enquête de satisfaction sur la restauration.	Carence de réponse de l'établissement à la mesure proposée.	Recommandation R12 maintenue	Recommandations nutrition du GEM-RCN, ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Numérique, 2015 (P 20 : enquête satisfaction, commission menus, plaintes, CVS)	Immédiat		
R13	Recommandation	3.8.2.13	Prise en charge	Soins	La mission d'inspection a constaté que la bonne pratique de l'identification n'est pas généralisée au sein de l'établissement. L'établissement emploie un nombre important de professionnels en intérim ou en CDD. La direction doit renforcer l'identification des résidents dans le cadre de la PECM notamment en	Carence de réponse de l'établissement à la mesure proposée.	Recommandation R13 maintenue	R.4311-4 CSP Guide HAS « Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments » de mai 2013 : règle des 5B			

