

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

Monsieur
Directeur général du Groupe Iroise
Bellevie
18 rue du pont de l'Arche
37 550 SAINT-AVERTIN

Lieusaint, le 20 DEC. 2024

Lettre recommandée avec AR

N° 20595 551 56403

Monsieur le Directeur général,

Dans le cadre du Plan national d'inspection et de contrôle des EHPAD, une inspection a été réalisée le 15 novembre 2023 au sein de l'EHPAD « Résidence de l'Ermitage », situé au 84 rue Pierre CURIE - 77190 DAMMARIÉ-LES-LYS, (N° FINESS 770814895) par la délégation départementale de l'Agence régionale de santé de Seine-et-Marne (DDARS 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 21 mars 2024 le rapport que m'a remis la mission d'inspection, ainsi que les 13 injonctions, 4 prescriptions et 15 recommandations que j'envisageais de vous notifier.

Vous m'avez transmis par courriel, le 24 avril 2024 des éléments de réponse incomplets et non étayés. Je vous notifie, à titre définitif les décisions dont la justification et le détail figurent en annexe du présent courrier, et qui portent principalement sur :

Gouvernance :

Conformité aux conditions d'autorisation :

- Le taux d'occupation trop faible.

Management et Stratégie :

- Le règlement de fonctionnement non daté et incomplet ;
- L'absence de procédure d'astreinte de direction dédiée au sein de l'EHPAD.

Gestion des risques et de la qualité :

- L'absence de politique globale de la prévention de la maltraitance, et pas ou peu de sensibilisation à la déclaration des EIG.

Fonctions support :

Gestion des ressources humaines :

- La discordance entre les différents documents liés aux ressources humaines rendant difficile la connaissance de l'organisation de l'EHPAD ;
- L'absence de sensibilisation sur la délégation de tâches.

Gestion des informations :

- Le stockage des dossiers médicaux non sécurisé.

Les bâtiments :

- Certains espaces intérieurs et/ou extérieurs non sécurisés.

Prises en charge :

Respect du droit des personnes :

- La nécessité de revoir la pertinence des contentions et le processus de leur réévaluation médicale.

Vie quotidienne :

- Le jeûne nocturne trop long et supérieur à 12 heures.

Soins :

- La traçabilité non exhaustive. L'absence d'attributions nominatives des médicaments stupéfiants, et les preuves de constitution du chariot d'urgence.

Aussi, je vous notifie à titre définitif 13 injonctions, 4 prescriptions et 15 recommandations maintenues en **annexe** du présent courrier.

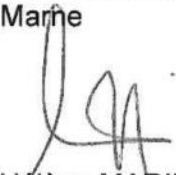
J'appelle votre attention sur la nécessité de transmettre à la délégation départementale de l'ARS de Seine-et-Marne via l'outil de dépôt partagé, <https://bluefiles.com/ars/ars-dd77-etab-medico-sociaux>, les éléments de preuve documentaire permettant le suivi des mesures correctives et la levée des injonctions.

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 Directeur général, l'assurance de ma considération distinguée.

P/ le Directeur général
de l'Agence régionale de santé
d'Île-de-France et par délégation,
La directrice départementale de Seine-et-Marne



Hélène MARIE

Copie à :
Madame [REDACTED]
Directrice
EHPAD « Résidence de l'Ermitage »
84 rue Pierre CURIE
77190 DAMMARIE-LES-LYS

Annexe : Mesures notifiées dans le cadre de l'inspection réalisée le 15 novembre 2023 au sein de l'EHPAD Résidence de l'Ermitage (n° FINESS 770814895)

Type de mesures	Réf. Rapport / N°IGAS	Thème IGAS	S Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponses de l'établissement	Texte de référence	Décision et délai de mise en œuvre
I1	Injonction 1.2.2.14 2.3.1.4 3.8.1.4	Gouvernance	Management et Stratégie	L'EHPAD devrait recruter un médecin coordonnateur à hauteur de 0,6 ETP pour réaliser ses fonctions de coordination dont le RAMA qui retrace, notamment, les modalités de la prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents.	En réponse à l'injonction concernant le recrutement d'un médecin coordonnateur à hauteur de 0,6 ETP, nous tenons à vous informer que nous avons déjà entamé un processus de recrutement pour ce poste clé. Nous sommes conscients de l'importance de cette fonction, notamment dans le suivi et l'amélioration continue des modalités de prise en charge des soins et de l'évolution de l'état de dépendance et de santé de nos résidents. Le processus de recrutement a été initié, et nous mettons tout en œuvre pour attirer des candidats qualifiés qui répondent aux exigences spécifiques de ce rôle essentiel. Nous avons déjà reçu plusieurs candidatures prometteuses et prévoyons de finaliser ce recrutement dans les prochaines semaines. Ce recrutement permettra d'assurer une coordination efficace et conforme aux attentes réglementaires. Nous nous engageons à vous tenir informé de l'avancement de ce processus et des mesures prises pour intégrer le médecin coordonnateur à notre équipe dans les meilleurs délais.	D312-156 du CASF (ETP MedCo)	Les éléments déclaratifs ne sont pas consolidés par des preuves. Les pièces justificatives attendues sont : - Les preuves de recherches actives et de recrutement (annonces d'emploi...) ; - Le contrat de travail, la fiche de poste et les 3 derniers bulletins de salaire du MedCo. Injonction maintenue Délai de mise en œuvre : 1 an
I2	Injonction 1.4.1.1 1.4.1.7 1.4.3.1 1.4.3.2 1.4.3.3	Gouvernance	Gestion de la qualité	La direction doit conduire une politique globale de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance dont la mise en place du référent qualité. Il faut également sensibiliser les équipes à la bientraitance. La direction devrait 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.	En ce qui concerne votre recommandation de mener une politique globale de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance, nous vous assurons que cette question est au cœur de nos priorités. En réponse à votre injonction, nous avons pris les mesures suivantes : Nomination d'un Référent Qualité : Nous avons désigné un Référent Qualité, chargé spécifiquement de la mise en œuvre et du suivi des politiques de bientraitance au sein de notre établissement. Ce référent aura également pour mission de sensibiliser l'ensemble de notre personnel aux pratiques de bientraitance,	L312-8 CASF (évaluation des prestations dans l'amélioration continue de la qualité)	Les éléments déclaratifs ne sont pas consolidés par des preuves. Les pièces justificatives attendues sont : - La fiche de poste du référent qualité ; - Le contrat de travail du référent qualité ; - Le plan d'action pour l'amélioration continue de la qualité, les constats, objectifs et mesures correctives mis en place pour le dernier semestre 2024. Injonction maintenue

Type de mesures	Réf. Rapport / N° IGAS	Thème IGAS	S Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponses de l'établissement	Texte de référence	Décision et délai de mise en œuvre
					à travers des formations régulières et des ateliers de sensibilisation. Élaboration d'un Plan d'Action pour l'Amélioration Continue de la Qualité : Nous avons élaboré un plan d'action détaillé qui prend en compte les réclamations, doléances et plaintes des résidents, ainsi que les événements indésirables graves (EIG) signalés. Ce plan comprend des mesures concrètes pour améliorer nos procédures et pratiques, en vue de garantir un environnement sécuritaire et respectueux pour tous nos résidents. Ce plan d'action est revu trimestriellement pour s'assurer de son efficacité et ajuster les mesures selon les besoins et les retours de nos résidents et de leur famille.		Délai de mise en œuvre : 6 mois
13	1.5.1.3	Gouvernance	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Informier et sensibiliser les professionnels de santé à la déclaration des EIG.	Voici les mesures que nous avons mises en place pour assurer une gestion efficace et transparente des EIG : Sensibilisation et formation continue : Nous avons organisé de multiples séances de sensibilisation sur la déclaration des événements indésirables (EI) et des événements indésirables graves (EIG). Ces formations sont conçues pour renforcer la vigilance et la réactivité de notre personnel face à ces événements. Analyse mensuelle des événements : Nous réalisons des analyses mensuelles des différents événements signalés au sein de notre établissement. Ces analyses nous permettent d'identifier les tendances, de prendre des mesures correctives appropriées et de prévenir la récurrence des incidents. Communication avec les instances représentatives : Les résultats de ces analyses ainsi que toute action corrective sont régulièrement communiqués à notre Conseil de la Vie Sociale (CVS) garantissant ainsi une transparence totale et une participation active de toutes les parties prenantes. Procédure formalisée de gestion des plaintes et réclamations : Nous avons mis en place une procédure formelle pour la gestion	L313-24 CASF (protection du salarié déclarant) RBPP HAS, "Mission du responsable d'établissement 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 événements à déclarer aux autorités administratives) L331-8-1 et R331-8 et -9 CASF et arrêté du 28 décembre 2016 (obligation de déclaration dysfonctionnement grave, EI, EIG aux autorités) R.331-10 CASF (information du CVS)	Les éléments déclaratifs ne sont pas consolidés par des preuves. Les pièces justificatives attendues sont : - 3 comptes-rendus du CVS pour l'année 2024 mentionnant le bilan des EI, des dysfonctionnements et mesures correctives apportées ; - Le bilan annuel 2024 des EI, des dysfonctionnements et mesures correctives apportées ; - Les procédures formalisées de gestion des plaintes et réclamations et de déclaration et suivi des événements indésirables. Injonction maintenue Délai de mise en œuvre : 1 mois

Type de mesures	Réf. Rapport / N°IGAS	Thème IGAS	S Thème IGAS	Mesure envisagée	Reponses de l'établissement	Texte de référence	Décision et délai de mise en œuvre
	2.5.3.3		extérieurs et équipement		espaces intérieurs et extérieurs de notre établissement pour garantir la sécurité de nos résidents. En réponse à vos recommandations, nous avons pris des mesures proactives pour évaluer et renforcer la sécurité de l'EHPAD, comme suit : Pour les espaces extérieurs : Nous avons entamé une étude pour la mise en place d'une clôture et de portillons autour de l'ensemble du bâtiment. Cette initiative vise à prévenir tout accès non autorisé et à sécuriser l'environnement pour nos résidents, particulièrement pour ceux présentant un risque de fugue. Pour les espaces intérieurs : Nous sommes en train d'évaluer la mise en place de portes à code aux entrées des escaliers pour contrôler l'accès et prévenir les risques de chutes. De plus, nous envisageons de relier les portes de secours au système de sécurité incendie (SSI) pour une intégration complète avec nos systèmes d'alerte actuels. Bien que ces portes soient déjà connectées au système DECT qui alerte notre personnel lorsqu'une porte est ouverte, l'intégration au SSI renforcera davantage notre capacité de réponse en cas d'urgence. Nous étudions également l'introduction de systèmes anti-fugue, tels que des monitores ou bracelets équipés de technologies de localisation, pour les résidents à haut risque. Ces dispositifs permettront de suivre les déplacements des résidents en temps réel et d'alerter immédiatement le personnel si un résident s'éloigne d'une zone sécurisée. Ces mesures sont en cours d'évaluation, et nous nous engageons à mettre en œuvre des améliorations de manière à assurer une sécurité maximale pour tous nos résidents. Nous vous tiendrons informés des progrès et de la finalisation de ces projets.	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".	Les pièces justificatives attendues sont les devis et factures acquittées : - Des portes et clôtures extérieures ; - De la sécurisation des accès aux bâtiments ; - Du système anti-fugue ; - Photographies des travaux de sécurisation à l'état d'achèvement. Injonction maintenue Délai de mise en œuvre : 1 mois

	Type de mesures	Réf. Rapport / N°IGAS	Thème IGAS	S Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponses de l'établissement	Texte de référence	Décision et délai de mise en œuvre
						des plaintes et réclamations. Cette procédure assure que toutes les préoccupations soulevées par nos résidents et leurs familles sont traitées de manière efficace et empathique, et que des mesures sont prises pour résoudre les problèmes de manière satisfaisante. Nous continuons à évaluer et à améliorer notre PAQ pour garantir que notre engagement envers la qualité des soins et la sécurité de nos résidents reste de la plus haute importance. Nous nous engageons à maintenir une communication ouverte avec votre agence sur les progrès réalisés et les défis rencontrés.	+/- 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'état et rôle de l'encadré / maltraitance", 2008	
14	Injonction	2.1.1.1 2.1.4.5 2.1.1.6	Fonctions support	Gestion des ressources humaines	Il est nécessaire de mettre à jour le RUP, les plannings et le tableau des effectifs en concordance avec la situation réelle des personnes embauchées dans l'établissement.	Nous reconnaissons l'importance de la transparence et de l'exactitude dans la gestion des données de notre personnel. Voici les mesures que nous avons déjà prises pour assurer la mise à jour et la précision du registre unique du personnel (RUP), des plannings, et du tableau des ressources effectives : Mise à jour du Registre Unique du Personnel (RUP) : Nous avons déjà initié une révision complète du RUP pour s'assurer que toutes les entrées reflètent avec exactitude les données actuelles de notre personnel.	D312-155-0 du CASF (pluridisciplinarité de l'équipe soignante) L.311-3 1° CASF (Sécurité résident) L311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité) L311-8 CASF	Les éléments déclaratifs ne sont pas consolidés par des preuves. Les pièces justificatives attendues sont : - Le registre unique du personnel ; - Les plannings des mois M-1, M et M+1. Injonction maintenue Délai de mise en œuvre : 1 mois
15	Injonction	2.1.4.2 2.1.4.4	Fonctions support	Gestion des ressources humaines	L'établissement doit s'assurer qu'il n'y a pas de glissement de tâches et doit protocoller les délégations de tâches entre IDE/AS et AS/ASH.	En réponse à votre recommandation de protocole précis pour la délégation de tâches, nous avons pris les mesures suivantes : Élaboration de fiches de tâches : Nous avons développé des fiches de tâches détaillées pour chaque fonction et pour chaque plage horaire. Ces fiches décrivent spécifiquement les tâches attribuées aux IDE, aux AS, et aux ASH, afin de prévenir tout glissement de tâches. Elles sont conçues pour clarifier les responsabilités et assurer que chaque membre du personnel comprend pleinement ses obligations et limites.	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	Les éléments déclaratifs ne sont pas consolidés par des preuves. Les pièces justificatives attendues sont les fiches de poste et de tâches par secteur, et catégories de personnels : - AS, AES et AMP de jour et de nuit ; - ASH faisant fonction d'AS ; - IDE. Transmettre les protocoles de délégation de tâches, les attestations de présence aux formations et les

Type de mesures	Réf. Rapport / N° IGAS	Thème IGAS	S Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponses de l'établissement	Texte de référence	Décision et délai de mise en œuvre
					Protocole de délégation de tâches : Parallèlement à ces fiches, nous avons mis en place un protocole formalisé pour la délégation des tâches entre les IDE, les AS, et les ASH. Ce protocole définit clairement les critères et les conditions sous lesquels les tâches peuvent être déléguées, s'assurant ainsi que toutes les délégations sont appropriées et sécuritaires, respectant les compétences et les qualifications de chaque personnel impliqué. Formation et sensibilisation : Nous avons organisé des sessions de formation pour tous les membres du personnel concernant le nouveau protocole de délégation de tâches et l'utilisation des fiches de tâches. Ces sessions visent à renforcer la compréhension de chacun de ses rôles et responsabilités, et à assurer l'adhérence stricte aux protocoles établis. Suivi et évaluation : Un suivi régulier est mis en place pour évaluer l'efficacité de la délégation de tâches et des fiches associées. Ce suivi permet d'identifier rapidement toute nécessité d'ajustement ou d'amélioration des protocoles et de la formation.	DE AES (missions AES) R4311-1 CSP (missions IDE) D312-155, 2° CASF L311-3, 1° CASF (Sécurité du résident)	comptes-rendus de réunion associés. Injonction maintenue Délai de mise en œuvre : Immédiat
16	Injonction	Fonctions support	Gestion d'information	Sécuriser le rangement et l'accès aux dossiers médicaux et des cartes vitales des résidents dans une armoire fermant à clé.	Nous avons pris bonne note de votre recommandation concernant la sécurisation des dossiers médicaux et des autres supports d'information vitale des résidents. Nous reconnaissons pleinement l'importance de protéger ces informations sensibles et avons mis en œuvre les mesures suivantes pour garantir leur sécurité : Sécurisation des armoires : Nous avons acquis et installé des armoires fermant à clé dédiées exclusivement au stockage des dossiers médicaux et des supports d'information vitale des résidents. Ces armoires sont situées dans des zones sécurisées et accessibles uniquement au personnel médical autorisé, garantissant ainsi que l'accès est strictement contrôlé et limité aux seules personnes ayant besoin de ces informations dans le cadre de leur fonction.	R4312-35 CSP (IDE et protection données dossier de soins) R.4127-45 CSP (transmissibilité des données médicales) L311-3, 4° CASF (respect de la confidentialité des informations concernant le résident) L1110-4 CSP (respect vie privée et secret professionnel)	Les éléments déclaratifs ne sont pas consolidés par des preuves. Les pièces justificatives attendues sont les photographies : - De la sécurisation des locaux (dispositif de verrouillage) servant au stockage des dossiers administratifs d'une part et des dossiers médicaux des résidents d'autre part ; - Des armoires de stockage des différents dossiers médicaux et administratifs. Injonction maintenue Délai de mise en œuvre : Immédiat
17	Injonction	Fonctions support	Bâtiments, espace	Sécuriser les espaces intérieurs et extérieurs de l'EHPAD.	Nous sommes pleinement conscients de l'importance cruciale de la sécurisation des	L. 311-3 1° CASF (Sécurité du résident)	Les éléments déclaratifs ne sont pas consolidés par des preuves.

Type de mesures	Réf. Rapport / N°IGAS	Thème IGAS	S Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponses de l'établissement	Texte de référence	Décision et délai de mise en œuvre
18 Injonction	3.2.3.1	Prise en charge	Respect des droits des personnes	Revoir en réunion pluridisciplinaire la pertinence (rapport bénéfice/risque) des contentions de tous les résidents. Par ailleurs, organiser une évaluation médicale de la pertinence des contentions, au moins une fois par mois .	Nous accordons une grande importance à l'usage responsable et mesuré des contentions dans notre établissement, en veillant toujours à ce que le bien-être et la sécurité de nos résidents soient au centre de toutes nos pratiques de soins. En réponse à votre recommandation concernant la réévaluation de la pertinence des contentions, nous vous informons des mesures suivantes déjà en vigueur : Réunions pluridisciplinaires régulières : Nous tenons des réunions pluridisciplinaires hebdomadaires pour discuter de la pertinence de l'utilisation des contentions pour chaque résident, en évaluant systématiquement le rapport bénéfice/risque. Ces réunions incluent des professionnels de diverses disciplines, y compris des médecins, des infirmiers, des aides-soignants, et des kinés, pour garantir une approche globale et individualisée. Évaluation médicale quotidienne : Conformément à nos procédures établies, une évaluation médicale de la pertinence des contentions est réalisée quotidiennement lors des transmissions journalières. Cette pratique permet de s'assurer que chaque usage de contention est justifié, adapté à la condition actuelle du résident, et reconsidéré régulièrement. Protocole de mise en place des contentions : Nous avons développé et mis en œuvre un protocole strict pour l'application des contentions, qui stipule clairement les conditions et les procédures à suivre avant de recourir à cette mesure. Ce protocole est régulièrement révisé pour intégrer les meilleures pratiques et les recommandations les plus récentes en matière de soins et de sécurité des patients. Nous nous engageons à continuer de surveiller et d'améliorer nos pratiques concernant l'utilisation des contentions, en assurant une évaluation rigoureuse et régulière pour chaque résident. De plus, nous restons ouverts à toute nouvelle recommandation ou formation qui	L311-3 1° CASP (Liberté d'aller et venir du résident) R311-0-7 CASP (évaluation pluridisciplinaire et élaboration de l'annexe au contrat de séjour sur la liberté d'aller et venir) R331-0-8 CASP (MedCo et directeur prennent des mesures de protection face à comportement dangereux de résident) R331-0-9 CASP (réévaluation de l'annexe sur la liberté d'aller et venir) Évaluation 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,	Les éléments déclaratifs ne sont pas consolidés par des preuves. Les pièces justificatives attendues sont : - Protocoles de mise en place et de réévaluation mensuelle des contentions ; - Les comptes-rendus de réunions pluridisciplinaires et/ou de formations liées à la mise en œuvre des contentions ; - Un échantillon de 3 fiches individuelles anonymisées de suivi des contentions. Injonction maintenue Délai de mise en œuvre : Immédiat

Type de mesures	Réf. Rapport / N°IGAS	Thème IGAS	S Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponses de l'établissement	Texte de référence	Décision et délai de mise en œuvre
I9	3.4.3.7 3.4.3.9	Prise en charge	Vie quotidienne - Hébergement	Organiser les repas de façon à diminuer le jeûne nocturne à moins de 12h et généraliser la pesée mensuelle et sa traçabilité.	pourrait nous aider à améliorer encore davantage nos pratiques dans ce domaine. Nous avons pris bonne note de vos recommandations concernant l'organisation des repas afin de réduire la durée du jeûne nocturne à moins de 12 heures et l'importance de la pesée mensuelle des résidents avec une traçabilité appropriée. Nous sommes pleinement engagés à améliorer ces aspects de nos soins pour garantir le bien-être et la santé de nos résidents. Voici les actions que nous avons entreprises : Réorganisation des horaires des repas : Nous avons revu et ajusté les horaires des repas pour réduire le jeûne nocturne. Les collations de nuit sont désormais intégrées dans le plan de soins des aides-soignants de nuit, ce qui garantit que tous les résidents reçoivent une alimentation adéquate pendant la nuit si nécessaire. Cette mesure vise à maintenir leur état nutritionnel et à éviter toute sensation de faim prolongée. Mise en œuvre de la pesée mensuelle : Nous avons généralisé la pesée mensuelle de tous nos résidents pour surveiller leur état de santé et ajuster le plan nutritionnel si nécessaire. Chaque pesée est désormais systématiquement enregistrée dans les dossiers médicaux des résidents pour assurer la traçabilité et faciliter le suivi des évolutions de poids au fil du temps. Formation du personnel : Le personnel soignant, notamment les aides-soignants de nuit, a reçu une formation spécifique pour intégrer efficacement les nouvelles directives concernant les collations nocturnes et la pesée mensuelle dans leurs routines de soins. Cette formation inclut également des rappels sur l'importance de la documentation précise pour garantir une traçabilité complète.	de se déplacer et de participer à la vie 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 HAS reco 2007 HAS reco 10 novembre 2021 14 besoins fondamentaux selon Virginia Henderson	Les éléments déclaratifs ne sont pas consolidés par des preuves. Les pièces justificatives attendues sont : - Protocoles de mise en œuvre des pesées mensuelles ; - Les comptes-rendus de réunions pluridisciplinaires et/ou de formations liées à la réduction du jeûne nocturne et à la mise en œuvre des pesées mensuelles ; - Les preuves de réorganisation des repas et de distribution des collations contribuant à réduire le jeûne nocturne. Injonction maintenue Délai de mise en œuvre : 1 mois
I10	3.8.2.5	Prise en charge	Soins	L'établissement doit mettre en place une traçabilité des soins de manière exhaustive et en temps réel dans le	Nous avons pris connaissance de votre recommandation visant à améliorer la traçabilité des soins de manière exhaustive et	R5132-3 du CSP de (modalités de prescription)	Les éléments déclaratifs ne sont pas consolidés par des preuves.

Type de mesures	Réf. Rapport / N°IGAS	Thème IGAS	S Thème IGAS	Mesure envisagée	Reponses de l'établissement	Texte de référence	Décision et délai de mise en œuvre
				dossier médical informatisé du résident y compris la nuit.	en temps réel dans le dossier médical informatisé de chaque résident. Nous sommes pleinement conscients de l'importance de cette mesure pour la qualité des soins et la sécurité des résidents. Voici les initiatives que nous avons déjà mises en œuvre et celles que nous prévoyons : Mise en place de tablettes pour les Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) : Nous avons équipé nos infirmiers de tablettes connectées au système central de gestion des dossiers médicaux. Cela permet une mise à jour instantanée et précise des dossiers médicaux après chaque intervention, garantissant ainsi que les informations sont à jour et accessibles à tout le personnel soignant, à tout moment. Utilisation de scanettes pour les Aides-Soignants (AS) : De même, nos aides-soignants sont désormais équipés de scanettes qui leur permettent de scanner les codes-barres des différents plans de soins utilisés. Cette technologie contribue à la précision des entrées dans les dossiers médicaux et permet une traçabilité en temps réel des soins administrés. Formation et accompagnement du personnel : Pour assurer une utilisation efficace de ces outils technologiques, nous avons organisé des sessions de formation pour tous les membres du personnel soignant. Ces formations portent sur l'usage optimal des tablettes et scanettes, la saisie des données et la gestion des incidents. Un support technique est également disponible en permanence pour aider le personnel à résoudre les éventuels problèmes techniques. Suivi et évaluation : Nous avons mis en place un système de suivi pour évaluer l'efficacité de ces outils dans l'amélioration de la traçabilité des soins. Cela comprend des audits réguliers et des retours du personnel pour ajuster et améliorer continuellement nos processus.	L4332-1 CSP (acte psychomot sur prescription médicale) L4341-1 CSP (acte orthophoniste sur prescription médicale)	Les pièces justificatives attendues sont : - Les factures d'acquisition et d'installation des tablettes, des scanettes et des logiciels de soins ; - Les extractions anonymisées du dossier de soins de trois résidents permettant de suivre la traçabilité des soins et de la dispensation des médicaments ; - Les attestations de formations ou liste de présences et d'émargements aux formations ; - Les comptes-rendus des audits réalisés sur les 3 derniers mois. Injonction maintenue Délai de mise en œuvre : 1 mois
111	3.8.2.23	Prise en charge	Soins	Réaliser un inventaire des médicaments stupéfiants et des prescriptions nominatives.	Nous avons pris note de votre injonction concernant la nécessité de réaliser un inventaire complet des médicaments	Article R5132-36 CSP (toute entrée/sortie de	Les éléments déclaratifs ne sont pas consolidés par des preuves.

Type de mesures	Réf. Rapport / N°IGAS	Thème IGAS	S Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponses de l'établissement	Texte de référence	Décision et délai de mise en œuvre
					stupéfiants et des prescriptions nominatives dans notre établissement. Nous sommes pleinement conscients de l'importance de cette mesure pour assurer la sécurité et la conformité réglementaire. Voici les actions que nous avons mises en œuvre : Inventaire des médicaments stupéfiants : Nous avons procédé à un inventaire exhaustif de tous les médicaments stupéfiants actuellement en stock. Cet inventaire est réalisé en collaboration avec notre pharmacien et les infirmiers responsables de la gestion des stocks de médicaments. Nous avons également mis en place des procédures de suivi régulier pour maintenir cet inventaire à jour et assurer un contrôle strict des entrées et sorties de ces médicaments. Suivi des prescriptions nominatives : Nous avons instauré un système de suivi rigoureux pour toutes les prescriptions nominatives, particulièrement celles concernant les médicaments stupéfiants. Ce système garantit que chaque prescription est correctement documentée, y compris l'identification du prescripteur, du patient, de la posologie prescrite et de la durée du traitement. Formation du personnel : Le personnel impliqué dans la gestion des stupéfiants et la tenue des dossiers médicaux a reçu une formation spécifique. Cette formation couvre les réglementations applicables, les bonnes pratiques de gestion des stocks de médicaments et les procédures de documentation pour assurer la conformité et la traçabilité complète. Audits réguliers : Des audits sont réalisés régulièrement pour vérifier la précision de l'inventaire des stupéfiants et le respect des procédures de prescription nominative. Ces audits aident à identifier rapidement toute irrégularité ou besoin de correction et garantissent le respect des normes établies.	substances et de stupéfiants est inscrite dans un registre ou enregistrée par un système informatique spécifique)	Les pièces justificatives attendues sont : - La preuve de la traçabilité des inventaires périodiques des médicaments stupéfiants émargée par l'IDEC ou une IDE; - Une procédure de gestion des médicaments stupéfiants à destination des IDE infirmières ; - Les attestations de formation et la liste du personnel ayant accès aux médicaments stupéfiants ; - Les preuves et la traçabilité des audits réalisés. Injonction maintenue Délai de mise en œuvre : Immédiat

Type de mesures	Réf. Rapport / N° IGAS	Thème IGAS	S Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponses de l'établissement	Texte de référence	Décision et délai de mise en œuvre
I12	3.8.3.4 3.8.3.8 3.8.2.18 3.8.2.20	Prise en charge	Soins	Améliorer la prise en charge médicamenteuse en diffusant une liste de médicaments à ne pas broyer, en identifiant sur les médicaments multi-doses la date d'ouverture, et en optimisant le stockage des médicaments et ce notamment dans le chariot d'urgence.	Nous avons pris des mesures concrètes pour répondre efficacement à ces préoccupations et assurer une sécurité optimale pour nos résidents. Voici les actions que nous avons entreprises : Diffusion d'une liste de médicaments à ne pas broyer : Nous avons élaboré et diffusé une liste exhaustive des médicaments qui ne doivent pas être broyés, en collaboration avec notre pharmacien. Cette liste est disponible dans tous les points de distribution des médicaments de l'établissement et est intégrée dans la formation continue du personnel soignant pour garantir son respect strict. Identification sur les médicaments multidoses : Pour les médicaments multidoses, nous avons mis en place un système d'étiquetage clair indiquant la date d'ouverture sur chaque flacon ou emballage. Cela aide à garantir l'intégrité et l'efficacité des médicaments et à éviter toute utilisation au-delà de la période recommandée après ouverture. Optimisation du stockage des médicaments : Nous avons revu et amélioré nos pratiques de stockage des médicaments, en particulier dans notre chariot d'urgence. Le chariot est régulièrement inspecté pour s'assurer que tous les médicaments sont correctement organisés, facilement accessibles et stockés dans des conditions qui préservent leur efficacité. De plus, nous avons renforcé les procédures de vérification de l'inventaire pour maintenir un stock adéquat et à jour. Formation et sensibilisation du personnel : Le personnel est régulièrement formé et sensibilisé aux nouvelles procédures de gestion des médicaments. Ces formations mettent l'accent sur l'importance de suivre les directives établies pour la manipulation des médicaments, y compris la liste des médicaments à ne pas broyer, l'étiquetage des multidoses et les meilleures pratiques de stockage.	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 professionnels 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 clef ou disposant d'un mode de fermeture assurant la même sécurité et	Les éléments déclaratifs ne sont pas consolidés par des preuves. Les pièces justificatives attendues sont : - Le protocole relatif au circuit du médicament ; - Fiches d'inventaire des médicaments ; - La liste des médicaments à ne pas broyer et ne pas écraser ; - Les attestations de formation ou liste d'émargements du personnel aux réunions liées aux RBPP sur le médicament ; - La procédure formalisée de vérification du chariot d'urgence et les fiches d'inventaires mensuelles des 3 derniers mois. Injonction maintenue Délai de mise en œuvre : Immédiat

Type de mesures	Réf. Rapport / N°IGAS	Thème IGAS	S Thème IGAS	Mesure envisagée	Reponses de l'établissement	Texte de référence	Décision et délai de mise en œuvre
						des conditions de conservation garantissant l'intégrité du médicament) L311-3 1° CASF (sécurité résident) R4311-4 CSP (IDE et délégation des soins courants) L 4235-48 du CSP (missions pharmaciens dans dispensation médicament Réf : Guide « Sécurisation du circuit du médicament EHPAD mise à jour Sept 2017 », ARS-ARA, septembre 2017	
113	3.8.3.8	Prise en charge	Soins	Informers les professionnels sur la localisation du chariot d'urgence. Compléter, vérifier et sceller le chariot d'urgence et organiser le suivi tous les mois.	Information sur la localisation du chariot d'urgence : Nous avons mis en place un protocole pour informer régulièrement tout le personnel soignant de la localisation précise du chariot d'urgence. Des séances d'information sont organisées lors de l'intégration de nouveaux employés et périodiquement pour tout le personnel existant. De plus, des panneaux indicateurs sont installés dans les lieux stratégiques pour faciliter la localisation rapide du chariot. Vérification et maintenance du chariot d'urgence : Le chariot d'urgence est complété, vérifié et scellé systématiquement. Nous avons instauré un calendrier de vérification mensuelle pour s'assurer que le chariot est toujours équipé correctement et prêt à être utilisé. Chaque vérification est documentée et signée par le personnel responsable, et ces enregistrements sont conservés pour assurer la traçabilité.	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)	Les éléments déclaratifs ne sont pas consolidés par des preuves. Les pièces justificatives attendues sont : - Les attestations ou listes d'émargements relatives aux réunions de sensibilisation ou de formation continue relatives à l'utilisation, la maintenance, le suivi du stock de médicaments et à la localisation du chariot d'urgence ; - Les fiches d'inventaires mensuelles du chariot d'urgence sur les 6 derniers mois ; - Les photographies du chariot d'urgence, de la signalétique de localisation et de la porte du local de stockage.

Type de mesures	Réf. Rapport / N°IGAS	Thème IGAS	S Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponses de l'établissement	Texte de référence	Décision et délai de mise en œuvre
					Organisation du suivi : Nous avons désigné des membres spécifiques de notre équipe médicale pour prendre en charge la gestion et le suivi régulier du chariot d'urgence. Ce suivi mensuel inclut non seulement la vérification des stocks et des dates d'expiration des médicaments et fournitures médicales, mais aussi la fonctionnalité de l'équipement d'urgence. Formation continue : Le personnel est formé non seulement à l'utilisation du chariot d'urgence mais aussi à ses procédures de maintenance. Ces formations garantissent que tous les intervenants sont préparés et confiants dans l'utilisation efficace des ressources en cas d'urgence.		Injonction maintenue Délai de mise en œuvre : Immédiat

Type de mesures	Réf. Rapport / N°IGAS	Thème IGAS	S Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Texte de référence	Décision et délai de mise en œuvre
P1	1.2.1.1 1.2.1.2	Gouvernance	Management et stratégie	La direction doit mettre à jour le règlement de fonctionnement conformément aux attendus réglementaires.	Carence de réponse de la part de l'établissement.	R.311-35, R.311-36, R.311-37 du CASF (contenu RF)	Transmettre le règlement de fonctionnement mis à jour et présenté au CVS. Prescription maintenue Délai de mise en œuvre : 3 mois
P2	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 événements indésirables.	Carence de réponse de la part de l'établissement.	R331-10 CASF (informer CVS des EI et dysfonctionnement)	Transmettre les comptes-rendus du CVS pour l'année 2024. Prescription maintenue Délai de mise en œuvre : 3 mois
P3	2.3.4.2	Fonctions support	Gestion d'information	Compléter le contenu des dossiers administratifs pour tous les résidents.	Carence de réponse de la part de l'établissement.	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	Transmettre un échantillon de 3 dossiers administratifs des résidents. Prescription maintenue Délai de mise en œuvre : 1 mois
P4	3.8.2.6	Prise en charge	Soins	Le MédCo doit sécuriser les modalités de prescription dans	Carence de réponse de la part de l'établissement.	R5132-3 CSP (modalités de prescription)	Formaliser et transmettre le protocole de saisie des

Type de mesures	Réf. Rapport / N°IGAS	Thème IGAS	S Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Texte de référence	Décision et délai de mise en œuvre
				titian et sensibiliser les médecins aux modalités de la prescription et ce dès son recrutement.		R5121-91 CSP 2è alinéa (renouvellement ordonnance par médecin.) R4235-48 CSP (mission pharmacien) Guide HAS « Outils de sécurisation et d'autoévaluation de l'administration des médicaments », juillet 2011 Guide des doses à administrer (PDA) en EHPAD et autres établissements médico-sociaux » de l'ARS Provence Alpes Côte d'Azur-2017, page 17).	prescriptions dans le logiciel de soins pour le MedCo et les médecins traitants libéraux intervenant dans l'EH PAD. Prescription maintenue Délai de mise en œuvre :1 an

Réf.	Type de mesures	Réf. Rapport / N°IGAS	Thème IGAS	S Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponses de l'établissement	Décision
R1	Recommandation	1.1.1.2	Gouvernance	Conformité aux conditions d'autorisation	La direction doit s'efforcer d'améliorer le taux d'occupation.	Carence de réponse de la part de l'établissement.	Recommandation maintenue
R2	Recommandation	1.2.2.1	Gouvernance	Management et stratégie	Mettre à jour l'organigramme et mentionner la date de mise à jour.	Carence de réponse de la part de l'établissement.	Recommandation maintenue
R3	Recommandation	1.2.2.5 1.2.2.8	Gouvernance	Management et stratégie	Organiser une astreinte de direction spécifique à l'EHPAD.	Carence de réponse de la part de l'établissement.	Recommandation maintenue
R4	Recommandation	1.2.2.6	Gouvernance	Management et stratégie	Transmettre à la mission d'inspection la fiche de poste de la directrice.	Carence de réponse de la part de l'établissement.	Recommandation maintenue
R5	Recommandation	1.2.2.12	Gouvernance	Management et stratégie	Organiser une formation de coordination pour l'IDEC.	Carence de réponse de la part de l'établissement.	Recommandation maintenue
R6	Recommandation	1.2.2.13	Gouvernance	Management et stratégie	Faire signer la fiche de poste de l'IDEC par l'intéressée et par la direction.	Carence de réponse de la part de l'établissement.	Recommandation maintenue
R7	Recommandation	1.2.3.5 3.2.2.2	Gouvernance	Management et stratégie	Améliorer la lisibilité et l'accès à l'arrêté des personnes qualifiées et afficher les prestations complémentaires et les tarifications pouvant être proposées par l'établissement.	Carence de réponse de la part de l'établissement.	Recommandation maintenue
R8	Recommandation	1.3.3.1	Gouvernance	Animation et fonctionnement des instances	Etablir et transmettre un ODJ avant les réunions du CVS et diffuser le planning et les ordres du jour suffisamment en amont des commissions du CVS afin d'obtenir des membres une participation active et de qualité.	Carence de réponse de la part de l'établissement.	Recommandation maintenue
R9	Recommandation	2.1.2.1	Fonction support	Gestion des ressources humaines	Mettre en place les plans de formation relatifs à la prise en charge des résidents.	Carence de réponse de la part de l'établissement.	Recommandation maintenue
R10	Recommandation	2.5.2.11	Fonction support	Sécurités	Mettre à jour la liste des résidents vaccinés en précisant la nature exacte de la vaccination (grippe, covid...)	Carence de réponse de la part de l'établissement.	Recommandation maintenue
R11	Recommandation	3.1.1.1	Prise en charge	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Formaliser la procédure de préadmission et d'admission des résidents et la communiquer à la mission d'inspection.	Carence de réponse de la part de l'établissement.	Recommandation maintenue
R12	Recommandation	3.1.3.3	Prise en charge	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Améliorer l'élaboration et la mise à jour des projets personnalisés des résidents ainsi que la traçabilité de ce travail.	Carence de réponse de la part de l'établissement.	Recommandation maintenue
R13	Recommandation	3.8.2.1	Prise en charge	Soins	Regrouper les transmissions inter-équipes sur un support unique.	Carence de réponse de la part de l'établissement.	Recommandation maintenue
R14	Recommandation	3.8.2.22	Prise en charge	Soins	Il faut sensibiliser les professionnels aux modalités d'organisation de la délégation de tâches et notamment pour la prise en charge médicamenteuse.	Carence de réponse de la part de l'établissement.	Recommandation maintenue
R15	Recommandation	3.8.3.1	Prise en charge	Soins	Il faut organiser tri, rangement dans les différentes infirmières de l'EHPAD.	Carence de réponse de la part de l'établissement.	Recommandation maintenue