



RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE

Liberté  
Égalité  
Fraternité



Délégation départementale de Seine-et-Marne

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

Département Autonomie

Responsable de l'Autonomie :

[REDACTED]

Affaire suivie par :

Courriel : [ars-dd77-etab-medico-sociaux@ars.sante.fr](mailto:ars-dd77-etab-medico-sociaux@ars.sante.fr)

Tél : 01.78.48.23.54

[REDACTED]  
Directeur général  
DOMUSVI – Siège social  
46-48 rue Carnot  
92150 SURESNES

Lieusaint, le 04 Mars 2025

Lettre recommandée avec AR

N° 2C 192 925 1487 4

Monsieur le Directeur général,

Dans le cadre du Plan national d'inspection et de contrôle des EHPAD, un contrôle sur pièces de l'EHPAD « Le Château de Montjay » 770815272 situé au Lieu-dit « Montjay », 77720, BOMBON, a été réalisé le 13 novembre 2024 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 9 décembre 2024 le rapport que nous a remis la mission d'inspection, ainsi que 1 injonction, 13 prescriptions et 3 recommandations que j'envisageais de vous notifier.

Vous m'avez transmis le 20 décembre 2024 des éléments de réponse détaillés, ce dont je vous remercie.

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

- La conformité du document unique de délégation ;
- Les diplômes des trois soignants présents lors des nuits du 17 et 18 août 2024 ;
- La procédure d'admission actualisée ;
- L'organisation de la commission de coordination gériatrique ;
- La transmission des documents recensant les astreintes ;
- La recherche de stabilisation des effectifs de l'établissement ;
- La conformité du plan de formation.

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

Aussi, je vous notifie à titre définitif 10 prescriptions maintenues en **annexe** du présent courrier et portant sur les points suivants :

#### **GOUVERNANCE :**

##### **Management et stratégie :**

- **P1** : Transmettre le règlement de fonctionnement mis à jour ainsi que le PV de réunion de CVS mentionnant sa présentation.
- **P2** : Transmettre le projet d'établissement mis à jour ainsi que le PV de réunion de CVS mentionnant sa présentation.

- **P3** : Transmettre le plan bleu mis à jour ainsi que le PV de réunion de CVS mentionnant sa présentation.
- **P5** : Augmenter la quotité d'ETP de MedCo, transmettre la proposition d'augmentation du temps du temps de travail faite au MedCo en poste, transmettre dès sa réception, la réponse du MedCo, transmettre la publication d'annonce de recherche d'un MedCo à 0,1 ETP.
- **P6** : Fournir le diplôme ou la qualification réglementaire pour tenir les fonctions de MedCo.

#### **Animation et fonctionnement des instances :**

- **P7** : Transmettre le PV de réunion du CVS du 30/12/2024 accompagné du bilan annuel des EI.

#### **FONCTIONS SUPPORTS :**

##### **Gestion des ressources humaines :**

- **P8** : Poursuivre les actions de formations permettant l'accès aux qualifications et aux diplômes nécessaires afin que les agents des équipes soignantes disposent des diplômes réglementaires.
- **P9** : Formaliser, mettre à jour et transmettre à la mission d'inspection les nouvelles fiches de poste distinctes et corrigées pour les différents types de personnels AS/AES/AMP d'une part et ASH d'autre part.

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

- **P13** : Transmettre l'intégralité du livret d'accueil mis à jour avec ses annexes ( l'arrêté n°2019-006 du 16 mai 2019 relatif aux personnes qualifiés).

##### **Sécurité des personnes :**

- **P14** : Transmettre la feuille d'émargement aux réunions de sensibilisation au délai de réponse aux appels malades tenues depuis le mois de janvier 2025 ainsi que l'extraction du système d'appels malades pour la période de janvier, février et mars 2025.

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-social>, 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'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 :

Directrice  
EHPAD « Le Château de Montjay »  
Lieu-dit « Montjay »  
77720 BOMBON



**Annexe : Mesures définitives dans le cadre du contrôle réalisé le 13/11/2024 au sein de l'EHPAD «Le Château de Montjay» (n° FINESS 770815272)**

Référence de la mesure	Type de mesures	Ref. Rapport / N°IGAS	Theme IGAS	Sous-Theme IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision	Délai de mise en œuvre
11	Injonction	2.5.4.3	Fonctions support	Sécurité des personnes	<p>Les délais de réponse aux appels malades sont excessivement longs, sources de maltraitance et ne garantissent pas la sécurité du résident ce qui est non conforme. La direction doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- en œuvre des mettre analyses régulières du temps de décroché,</li> <li>- organiser une réunion de partage des bonnes pratiques pour l'ensemble des professionnels de l'EHPAD.</li> </ul> <p>Formaliser et transmettre une procédure de bonnes pratiques afin de réduire les temps de décrochés.</p>	<p>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".</p>	<p>Difficulté à recueillir facilement les informations liées aux appels malades du fait de l'ancienneté du système. Il ne permet pas un suivi facilement exploitable et lisible. Mise en place d'une analyse mensuelle avec affichage + sensibilisation systématique aux équipes lors des transmissions. Mise en place de sensibilisations à l'ensemble du personnel dès janvier 2025.</p>	<p>La mission d'inspection prend note de la mise en place d'une procédure de bonnes pratiques visant à réduire les temps de réponse aux appels malades. Cependant, la durée tolérée de 12 minutes paraît excessive. Pour la sécurité du résident, les appels malades ne doivent excéder une durée maximale de 5 minutes.  La direction de l'établissement doit transmettre : - la feuille d'emergement aux réunions de sensibilisation tenues depuis le mois de janvier 2025 ; - l'extraction du système d'appels malades pour la période de janvier, février et mars 2025.</p> <p><b>Injonction requilifiée en prescription (P14)</b></p>	1 mois

Référence de la mesure	Type de mesures	Ref. Rapport / N°IGAS	Theme IGAS	Sous-Theme IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision	Delai de mise en œuvre
P1	Prescription	1.2.1.2	Gouvernance	Management et stratégie	Le règlement de fonctionnement ne comporte ni mention de présentation au CVS ni l'ensemble des thématiques réglementaires attendues. Mettre à jour le règlement de fonctionnement, le présenter en CVS et transmettre le document mis à jour ainsi que le PV de réunion de CVS mentionnant la présentation.	L311-7 CASF ( règlement de fonctionnement, consultation CVS) R311-35, R311-36, R311-37 du CASF (contenu RF)	Nous sommes en cours d'actualisation du document, nous vous transmettrons ce dernier lorsqu'il sera finalisé début 2025.	A ce jour, aucune preuve d'actualisation du règlement de fonctionnement et de sa présentation au CVS n'a été fournie.  La direction de l'établissement doit : - mettre à jour le règlement de fonctionnement ; - le présenter au CVS ; - transmettre le document mis à jour ainsi que le PV de réunion de CVS mentionnant la présentation.	6 mois
P2	Prescription	1.2.1.5	Gouvernance	Management et stratégie	Le projet d'établissement ne comporte ni mention de présentation au CVS ni l'ensemble des thématiques réglementaires obligatoires : - arrêté de désignation des personnes qualifiées et modalités de recours ; - modalités d'association du personnel ; - conditions de sa diffusion une fois établies ; - références au plan bleu et aux crises sanitaires. Mettre à jour le projet d'établissement, le présenter en CVS et transmettre le document mis à jour ainsi que le PV de réunion de CVS mentionnant la présentation.	L311-8 du CASF (contenu PE/PE tous les 5 ans), L315-17 (directeur d'un EHPAD public) et D312-176-5 CASF (privé) D311-38 du CASF (projet général de soins pour l'application du PE : volet relatif aux soins palliatifs) R314-88, I, 1° du CASF (prestation du siège social pouvant être autorisée dans les frais de siège : participation du siège à l'élaboration/l'actualisation du PE) D312-158, 1° du CASF (MEDCO élabore projet général de soins s'intégrant dans PE) D312-160 CASF (plan en cas de crise sanitaire ou climatique) RBPP "Elaboration, rédaction et animation d'un PE en ESMS" Anesm-HAS	Nous allons ajouter dans notre projet d'établissement, les thématiques réglementaires précitées, premier semestre 2025.  Nous vous transmettrons le PE actualisé et le PV du CVS mentionnant sa présentation.	<b>Prescription maintenue</b> Malgré la réponse de l'établissement, aucune pièce justificative n'a été transmise  <b>Prescription maintenue</b> La direction de l'établissement doit transmettre le projet d'établissement mis à jour avec : - l'arrêté de désignation des personnes qualifiées et les modalités de recours ; - les modalités d'association du personnel ; - les conditions de sa diffusion une fois établies ; - les références au plan bleu et aux crises sanitaires ; - le PV de réunion de CVS mentionnant la présentation.  <b>Prescription maintenue</b>	3 mois



Référence de la mesure	Type de mesures	Ref. Rapport / N° IGAS	Thème IGAS	Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réponse de l'établissement	DéCISION	Délai de mise en œuvre
P3	Prescription	1.2.1.6	Gouvernance	Management et stratégie	<p>Le plan bleu ne comporte pas les mentions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la présentation au CVS ;</li> <li>- la mise en place d'une convention avec le groupement hospitalier de territoire (GHT).</li> </ul> <p>Le plan bleu doit être mis à jour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les coordonnées de la délégation départementale de l'ARS sont confondues avec celle de l'infirmière hygiéniste rattachée au GHT ;</li> <li>- l'identification du directeur régional de l'organisme gestionnaire et ses coordonnées doivent être actualisées.</li> </ul> <p>Mettre à jour le plan bleu, le présenter en CVS et transmettre le document mis à jour ainsi que le PV de réunion de CVS mentionnant la présentation.</p>	<p>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, modifié 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.</p>	<p>Le Plan bleu a bien été présenté au CVS (cf. CR CVS du 18-10-2024). Nous vous transmettrons dès sa mise à jour le Plan Bleu réactualisé avec la mise à jour des coordonnées de l'ARS et du directeur régional.</p>	<p>Malgré la réponse de l'établissement, aucune pièce justificative n'a été transmise.</p> <p>La direction de l'établissement doit transmettre le plan mis à jour, comprenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la mise en place d'une convention avec le groupement hospitalier de territoire (GHT) ;</li> <li>- les coordonnées distinctes de la délégation départementale de l'ARS et de l'infirmière hygiéniste rattachée au GHT ;</li> <li>- l'identification du directeur régional de l'organisme gestionnaire et ses coordonnées actualisées ;</li> <li>- le PV de réunion de CVS mentionnant la présentation du plan bleu actualisé.</li> </ul> <p><b>Prescription maintenue</b></p>	3 mois
P4	Prescription	1.2.2.10	Gouvernance	Management et stratégie	<p>Les pièces relatives au document unique de délégation du directeur et subdélégations n'ont pas été fournies.</p> <p>Avec l'appui du siège, formaliser et transmettre le document unique de délégation du directeur et les subdélégations.</p>	<p>D312-176-5 CASF (document unique de délégation du directeur - EHPAD privé - adressé au CVS et autorités compétentes) R314-88 CASF (prestations incluses dans les frais de siège-DUD) D315-68 CASF (contenu délégation, EHPAD public) D315-70 CASF (transmission et publication des délégations) D315-71 CASF (délégation de signature pdt du CA-&gt; directeur)</p>	<p>Vous trouverez ci-joint le document de délégation du directeur. Il n'existe pas de subdélégations chez DOMUSVI.</p>	<p>Le document unique de délégation transmis est conforme.</p> <p><b>Prescription levée</b></p>	(sans objet)

Référence de la mesure	Type de mesures	Réf. Rapport / N° IGAS	Thème IGAS	Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision	Délai de mise en œuvre
P5	Prescription	1.2.2.14	Gouvernance	Management et stratégie	<p>La quotité de 0,5 ETP mentionnée dans le contrat de travail du MedCo n'est pas conforme à la réglementation au regard de la capacité autorisée de l'établissement. La quotité réglementaire attendue est 0,6 ETP.</p> <p>Augmenter la quotité d'ETP de MedCo afin qu'il réalise l'intégralité des missions qui lui incombent.</p>	D312-156 du CASF (ETP MEDCO)	<p>Le médecin coordonnateur se partage sur deux EHPAD à hauteur de 0.50 chacun.</p> <p>Une proposition d'augmentation du temps de travail de 0.10 a été faite au MEDCO en poste. Nous sommes en attente de sa réponse. En fonction de sa réponse, proposition du 0.10 ETP au médecin prescripteur salarié ou mise en ligne d'une annonce pour recherche d'un MEDCO à 0.10 ETP.</p> <p>Nous vous apporterons les éléments de réponse dès que possible.</p>	<p>A ce jour, aucun élément de preuve n'a été transmis.</p> <p>La direction de l'établissement doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- augmenter la quotité d'ETP du MedCo afin qu'il réalise l'intégralité des missions qui lui incombent ;</li> <li>- transmettre la proposition d'augmentation du temps du temps de travail faite au MedCo en poste ;</li> <li>- transmettre, dès sa réception, la réponse du MedCo.</li> </ul> <p>En cas de refus :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- transmettre la proposition faite au médecin prescripteur ;</li> <li>- et/ou transmettre la publication d'annonce de recherche d'un MedCo à 0,1 ETP.</li> </ul> <p><b>Prescription maintenue</b></p>	6 mois



Référence de la mesure	Type de mesures	Ref. Rapport / N°IGAS	Thème IGAS	Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision	Délai de mise en œuvre
P6	Prescription	1.2.2.15	Gouvernance	Management et stratégie	<p>Le médecin coordonnateur de l'EHPAD n'est pas titulaire d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie, d'un diplôme d'études spécialisées de gériatrie ou de la capacité de gérontologie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'EHPAD ou, à défaut, d'une attestation de formation continue. Cette situation n'est pas conforme à l'article D312-157 du CASF.</p> <p>Le gestionnaire et/ou la direction de l'EHPAD doit s'assurer que le MedCo dispose des qualifications requises réglementairement pour l'exercice de ses fonctions ou s'engage à satisfaire à cette obligation moyennant la prise en charge des frais de formation par l'établissement.</p> <p>Fournir le justificatif d'inscription à une formation complémentaire sous 9 mois. Fournir le diplôme ou la qualification réglementaire pour tenir les fonctions de MedCo sous 18 mois</p>	<p>D312-157 CASF (diplôme MEDCO) et D312-159-1 CASF (contrat du MEDCO) décret n°2005-560 du 27 mai 2005 (qualification, missions et rémunération MEDCO)</p>	<p>Le médecin coordonnateur arrivé le 02/09/24 et toujours en période d'essai, a commencé son DU de médecin coordonnateur à la Sorbonne le 28/11/2024.</p>	<p>La mission d'inspection prend acte du justificatif d'inscription relatif à la scolarité 2024/2025 entamée du MedCo.</p> <p>La direction de l'établissement doit fournir, dès son obtention, le diplôme ou la qualification réglementaire nécessaire pour tenir les fonctions de MedCo.</p> <p><b>Prescription maintenue</b></p>	6 mois

Référence de la mesure	Type de mesures	Réf. Rapport / N° IGAS	Thème IGAS	Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Decision	Délai de mise en œuvre
P7	Prescription	1.3.3.1 1.3.3.2	Gouvernance	Animation et fonctionnement des instances	<p>En 2023, le CVS n'a été réuni que 2 fois ce qui n'est pas conforme à l'obligation réglementaire des trois réunions annuelles. Les dernières élections des membres du CVS datant du 20 mai 2021 et la durée maximale réglementaire d'un mandat étant de 3 ans, l'établissement doit conduire de nouvelles élections. Le CVS n'est informé ni des EI ni des dysfonctionnements ni des actions correctrices mises en œuvre.</p> <p>La direction doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- réunir le CVS 3 fois par an et fournir les 3 comptes-rendus pour l'année 2024 ;</li> <li>- organiser les élections du CVS et transmettre les documents justificatifs ainsi que la nouvelle composition du CVS ;</li> </ul> <p>Fournir le bilan annuel des EI, des dysfonctionnements et des actions correctrices mises en œuvre.</p>	D311-4 à D311-20 CASF R331-10 CASF	<p>L'établissement a réalisé trois CVS en 2023 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 18/07/2023</li> <li>- 26/09/2023</li> <li>- 05/12/2023</li> </ul> <p>L'établissement a réalisé deux CVS en 2024 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 21/03/2024</li> <li>- 18/10/2024</li> </ul> <p>Le dernier CVS de l'année est planifié le 30/12/2024 (cf. convocation).</p> <p>Nous vous communiquons également le PV des élections du nouveau CVS en date du 15/06/2024 et l'acte instituant le CVS.</p> <p>Le compte rendu du CVS du 18/10/2024 fait apparaître le traitement des événements indésirables ainsi que les plaintes et réclamations. Le bilan de l'année sera établi lors du CVS le 30/12/2024. Nous vous en transmettrons le PV.</p>	<p>La mission d'inspection prend acte des différents documents transmis.</p> <p>La direction de l'établissement doit transmettre le PV de réunion du CVS du 30/12/2024 accompagné du bilan annuel des EI.</p> <p><b>Prescription maintenue</b></p>	1 mois



Référence de la mesure	Type de mesures	Réf. Rapport / N°IGAS	Thème IGAS	Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision	Délai de mise en œuvre
P8	Prescription	2.1.1.1	Fonctions support	Gestion des ressources humaines	<p>L'établissement affecte 6 ETP d'ASH exerçant les fonctions d'AS/AES/AMP pour la prise en charge des soins et de l'accompagnement des résidents. Ces agents ne sont pas qualifiés à la prise en charge des soins des résidents, car ils ne détiennent pas les diplômes d'Etat requis par l'article D312-155-0, Il du CASF. Aussi, l'établissement enfreint cet article. De plus, en utilisant du personnel non-qualifié, il n'est pas en mesure de répondre à son obligation d'assurer la sécurité et la qualité de la prise en charge conformément à l'article L311-3 1° et 3° du CASF.</p> <p>L'établissement doit mettre en place les actions de formations permettant l'accès aux qualifications et aux diplômes nécessaires ou les actions de recrutement nécessaires afin que les agents des équipes soignantes disposent des diplômes réglementaires.</p> <p>Fournir sous 3 mois les attestations d'inscription dans un parcours qualifiant pour les agents faisant fonction d'AS. Fournir tous les 3 mois les preuves de recherches de personnel qualifié.</p>	<p>D312-155-0 du CASF ; 311-3 1°, 3° CASF L311-8 CASF D451-88 du CASF L4391-1 du CSP RBPP HAS : Les déterminants de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé. Saint-Denis La Plaine : HAS, 2022).</p>	<p>Nous vous communiquons les éléments justificatifs en notre possession à cet instant (Cf tableau récapitulatif).</p>	<p>La mission prend acte de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'inscription de 2 agents dans une démarche de validations d'acquis d'expériences ;</li> <li>- l'obtention d'un diplôme non transmis pour un des agents.</li> </ul> <p>L'établissement doit poursuivre les actions de formations permettant l'accès aux qualifications et aux diplômes nécessaires afin que les agents des équipes soignantes disposent des diplômes réglementaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- fournir sous 3 mois les attestations d'inscription dans un parcours qualifiant pour le reste des agents faisant fonction d'AS ;</li> <li>- transmettre, dès leur obtention, tous les diplômes ;</li> <li>- fournir tous les 3 mois les preuves de recherches de personnel qualifié.</li> </ul> <p><b>Prescription maintenue</b></p>	3 mois

<sup>1</sup> Pour assurer la continuité des soins, et *a fortiori*, la qualité des soins, la stabilité des effectifs soignants est indispensable, et repose notamment sur la présence d'agents en contrat pérenne (CDI/titulaire et CDD long) majoritairement dans l'effectif financé par le forfait global relatif aux soins.

Référence de la mesure	Type de mesures	Réf. Rapport / N°IGAS	Thème IGAS	Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision	Délai de mise en œuvre
P9	Prescription	2.1.4.4	Fonctions support	Gestion des ressources humaines	<p>La mission constate l'existence de fiches de poste communes aux AS, AES, AMP et ASH FFAS affectés aux équipes de soins.</p> <p>A la lecture de ces fiches de poste, la mission constate la présence de tâches pour lesquelles les ASH ne sont pas qualifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ils assurent dans le cadre de l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne, la distribution des traitements médicaux et assistent à leur prise ;</li> <li>Ils préparent les chariots de soins d'hygiène et participent aux soins d'hygiène corporelle, de confort et de bien-être (aide à la toilette, à l'habillage, douche, déshabillage, coiffure, transferts, mise en sieste, aide au coucher...) en collaboration avec l'aide-soignante.</li> </ul> <p>La mission constate ainsi la présence d'un glissement de tâches sur les fiches de poste des ASH.</p> <p>La mission statue que ce glissement de tâches constitue un risque pour la sécurité et la qualité de la prise en charge des résidents ; en cela que l'établissement affecte à son personnel ASH des tâches pour lesquelles ils ne sont pas qualifiés et qui ne relèvent pas de leur compétence mais de celle du personnel soignant ; ce qui</p>	<p>L451-1 du CASF (agrément des formations sociales) L4391-1 du CSP (exercice aide-soignant) et arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au DEAS</p> <p>D451-88 et -89 CASF et annexe 1 de l'arrêté du 30 août 2021 relatif au DE AES (missions AES)</p> <p>R4311-1 CSP (missions IDE)</p> <p>D312-155, 2° CASF</p> <p>L311-3, 1° CASF (Sécurité du résident)</p>	<p>Formalisation et transmission à la mission d'inspection de la fiche de poste distincte pour les ASF FF soignants d'autre part.</p> <p>Les fiches de poste des FF soignants actuellement dans nos effectifs vous seront transmis début 2025.</p>	<p>La mission d'inspection prend acte de la fiche de poste des ASH affectés au service de soins remplissant partiellement des missions d'aide-soignant. Cependant, cela ne répond pas complètement à la prescription.</p> <p>La nouvelle fiche de poste pour les AS, AES, AMP n'a pas été transmise. La fiche de poste des ASH intégrées aux équipes de soins ne précise pas que les 3 conditions générales d'activités annoncées sont cumulatives.</p> <p>La direction de l'établissement doit formaliser, mettre à jour et transmettre à la mission d'inspection les nouvelles fiches de poste distinctes et corrigées pour les différents types de personnels AS/AES/AMP d'une part et ASH d'autre part.</p> <p><b>Prescription maintenue</b></p>	1 mois



Référence de la mesure	Type de mesures	Réf. Rapport / N°IGAS	Thème IGAS	Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision	Délai de mise en œuvre
					contrevient aux dispositions de l'article L311-3, 1° et 3° du CASF. Formaliser et transmettre à la mission d'inspection les fiches de poste distinctes pour les différents types de personnels AS/AES/AMP d'une part et ASH d'autre part.				
<b>P10</b>	Prescription	2.1.4.10	Fonctions support	Gestion des ressources humaines	Les nuits des 17 et 18 août 2024, la mission d'inspection constate que les équipes de nuit sont composées d'agents ne disposant pas du diplôme d'Etat d'AS.  Transmettre les diplômes des agents intérimaires figurant au planning des nuits des 17 et 18 août 2024.	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 nuits des 17 et 18 août 2024, les trois soignants présents étaient bien diplômés.	La mission d'inspection accuse réception et déclare conforme les diplômes des trois soignants présents lors des nuits du 17 et 18 août 2024.  <b>Prescription levée</b>	(sans objet)
<b>P11</b>	Prescription	3.1.1.1	Prises en charge	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	La procédure d'admission ne mentionne pas : - les critères de refus d'admission, - l'utilisation de l'application VIA-TRAJECTOIRE. Mettre à jour la procédure d'admission et la transmettre.	(Obligation certifiée DU) R311-33 à -37 CASF de (Règlement Fonctionnement) D312-155-1 CASF Annexe 2-3-112 / D312-159-2 CASF et D312-158 CASF HAS, "Qualité de vie en EHPAD, volet 1", 2011	Nous vous communiquons la procédure actualisée.	La procédure d'admission actualisée est conforme.  <b>Prescription levée</b>	(sans objet)
<b>P12</b>	Prescription	3.1.4.5	Prises en charge	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	En l'absence de MedCo en 2023, l'établissement n'a pas conduit de commission de coordination gériatrique.  Organiser la commission de coordination gériatrique pour 2024, transmettre le compte-rendu de réunion et la liste d'émargement des membres.	D312-158, 3° (MEDCO) préside la commission réunie au moins 1x/an) du CASF Arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D312-158 du code de l'action sociale et des familles HAS, "La Commission de coordination gériatrique", 2018	Il n'y a pas eu de commission gériatrique en 2023. Nous vous communiquons pour 2024 les documents suivants : - le compte rendu de la commission, la feuille d'émargement de la commission, - les invitations à cette commission	La commission de coordination gériatrique est conforme.  <b>Prescription levée</b>	(sans objet)

Référence de la mesure	Type de mesures	Réf. Rapport / N°IGAS	Thème IGAS	Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision	Délai de mise en œuvre
<b>P13</b>	Prescription	3.1.2.0	Prises en charge	Organisation de la prise en charge et de l'admission à la sortie	Le livret d'accueil ne détaille ni la liste des personnes qualifiées ni les modalités de recours définies par l'arrêté conjoint n°2019-006 du 16 mai 2019. Mettre à jour le livret d'accueil et transmettre le document modifié	L311-4 CASF (Docs sur droits résident - livret d'accueil et annexes - contrat de séjour) Arrêté du 8 septembre 2003 (charte droit et liberté)	Le contrat de séjour de la résidence mentionne la liste des personnes qualifiées et les modalités de recours définies par l'arrêté conjoint n°2019-006 du 16 mai 2019. La liste des personnes qualifiées et les modalités de recours définies par l'arrêté conjoint n°2019-006 du 16 mai 2019 sont également affichées sur les panneaux d'information des résidents et des familles dans chaque pavillon de la résidence.	La mission d'inspection accuse réception des documents transmis. Cependant, ces documents ne sont pas ceux attendus.  La direction de l'établissement doit transmettre l'intégralité du livret d'accueil mis à jour mentionnant la liste nominative des personnes qualifiées définie par l'arrêté n°2019-006 du 16 mai 2019.	3 mois
<b>P14</b>	Prescription	2.5.4.3	Fonctions support	Sécurité des personnes	Les délais de réponse aux appels malades sont excessivement longs, sources de maltraitance et ne garantissent pas la sécurité du résident ce qui est non conforme. La direction doit : - mettre en œuvre des analyses régulières du temps de décroché, - organiser une réunion de partage des bonnes pratiques pour l'ensemble des professionnels de l'EHPAD.  Formaliser et transmettre une procédure de bonnes pratiques afin de réduire les temps de décrochés.	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".	Difficulté à recueillir facilement les informations liées aux appels malades du fait de l'ancienneté du système. Il ne permet pas un suivi facilement exploitable et lisible. Mise en place d'une analyse mensuelle avec affichage + sensibilisation systématique aux équipes lors des transmissions. Mise en place de sensibilisations à l'ensemble du personnel dès janvier 2025.	<b>Prescription maintenue</b> La mission d'inspection prend note de la mise en place d'une procédure de bonnes pratiques visant à réduire les temps de réponse aux appels malades. Cependant, la durée tolérée de 12 minutes paraît excessive. Pour la sécurité du résident, les appels malades ne doivent excéder une durée maximale de 5 minutes.  La direction de l'établissement doit transmettre : - la feuille d'émargement aux réunions de sensibilisation tenues depuis le mois de janvier 2025 ; - l'extraction du système d'appels malades pour la période de janvier, février et mars 2025.	1 mois



Ref de la mesure	Type de mesures	Ref. Rapport / N°IGAS	Thème IGAS	Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision	Décal de mise en œuvre
R1	Recommandation	1.2.2.8	Gouvernance	Management et stratégie	Les astreintes techniques ne sont pas en place au sein de l'EHPAD. Formaliser et mettre en place une astreinte technique.	Convention relative aux établissements médico-sociaux de l'union intersyndicale des secteurs sanitaires et sociaux (Avenant du 16 mars 2012 relatif à la mise à jour de la convention) - Titre XXIV Dispositions spécifiques aux cadres (Articles 87 à 92 bis)	L'ensemble des astreintes techniques est présente dans le registre de sécurité et dans le livret de procédures d'urgence à l'accueil de la résidence.	Les astreintes techniques sont conformes.  <b>Recommandation levée</b>	(sans objet)
R2	Recommandation	2.1.1.3	Fonctions et support	Gestion des ressources humaines	Le taux de rotation du personnel est de 40,52 %. La direction de l'établissement doit assurer la stabilisation des effectifs de l'établissement.	HAS, "Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées et le traitement de la maltraitance", 2008 L119-1 CASF (Définition maltraitance) HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance", 2008	L'évaluation HAS a mis en avant la procédure très engagée d'accueil des nouveaux salariés et la démarche d'intégration et de fidélisation déployées au sein de la résidence avec une notation de 4/4 et l'attribution d'une étoile.  La situation géographique en plus du contexte actuel connu des EHPAD rend difficile la stabilisation de l'équipe de la résidence du château de Montjay.  La résidence est inaccessible en transport en commun et nécessite l'usage d'un véhicule personnel et des frais d'essence. La mise en place de lignes de bus collectifs permettrait de diminuer le taux de rotation du personnel.  Nous ne comprenons pas cette recommandation. Pourriez-vous svp nous en indiquer la raison ? Pour compléter d'information, nous vous joignons la liste des sensibilisations réalisées en 2023 en plus des formations proposées aux équipes par des prestataires extérieurs. Nous restons à votre écoute pour de plus amples informations.	La mission d'inspection prend acte de la mise en œuvre d'un processus d'accueil et d'intégration des nouveaux professionnels et intervenants ainsi qu'une politique des ressources humaines visant à stabiliser les effectifs de l'EHPAD.  <b>Recommandation levée</b>	(sans objet)
R3	Recommandation	2.1.2.1	Fonctions et support	Gestion des ressources humaines	Le plan de formation n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles.	HAS, "Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées et le traitement de la maltraitance", 2008 L119-1 CASF (Définition maltraitance) HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance", 2008	Le plan de formation reçu est conforme.	<b>Recommandation levée</b>	(sans objet)