

Délégation départementale  
De Seine-Saint-Denis

Conseil départemental de Seine-Saint-Denis

Affaire suivie par : [REDACTED]  
Courriels : [REDACTED]@ars.sante.fr  
& ars-idf-inspection-ehpad@ars.sante.fr

Monsieur le Président  
Centre intercommunal d'Action Sociale  
73 rue Louise Michel  
93170 Bagnole

Affaire suivie par : [REDACTED]  
Courriel : [REDACTED]@seinesaintdenis.fr

Saint-Denis, le

**Lettre recommandée avec AR**  
**N°**

Monsieur le Président,

Le Gouvernement a engagé début février 2022 la mise en œuvre d'un plan national d'inspection et de contrôle des EHPAD qui s'est traduite les [REDACTED] par l'inspection en mode inopiné de l'EHPAD « Les quatre saisons » à Bagnole par l'Agence régionale de santé d'Île-de-France et par le Conseil départemental de la Seine-Saint-Denis.

Compte tenu de dysfonctionnements susceptibles, à très court terme, d'affecter la prise en charge des résidents accueillis et nécessitant des mesures immédiates, nous avons conjointement adressé le [REDACTED], une première lettre d'intention préliminaire au rapport portant sur 6 injonctions immédiates. Dans le cadre de la procédure contradictoire prévue aux articles L.121-1 et L.122-1 du Code des relations entre le public et l'administration, vous avez transmis le [REDACTED] des éléments de réponses. Ces éléments n'ont pas permis de lever les injonctions envisagées.

En date du [REDACTED] il a été adressé à l'établissement la lettre de décisions du premier courrier d'injonctions notifiant le maintien de ces 6 injonctions.

Par courriel du [REDACTED], vous avez transmis des éléments de réponse détaillés sur ces points permettant de lever 2 injonctions.

En date du [REDACTED], et au regard des éléments transmis durant la procédure préliminaire, il a été adressé à l'établissement une lettre d'intention portant sur 14 injonctions, 23 prescriptions et 58 recommandations.

Dans le cadre de la procédure contradictoire prévue aux articles L.121-1 et L.122-1 du code des relations entre le public et l'administration, vous avez transmis le [REDACTED] des éléments de réponses. Ces éléments n'ont pas permis de lever les décisions envisagées à l'exception de l'injonction n°7.

Au terme de la procédure contradictoire, le courrier conjoint de décisions qui vous a été adressé le [REDACTED] comportait 13 injonctions, 22 prescriptions et 57 recommandations.

Par courrier du [REDACTED], vous avez souhaité apporter des réponses aux points soulevés par cette lettre définitive de décisions d'inspection. L'insuffisance des réponses apportées sur les injonctions de l'inspection, couplée à l'absence de transmission d'éléments de preuve, et l'absence de réponses sur les autres préconisations de l'inspection ont amené les autorités à envisager une mise sous administration provisoire rapide de l'établissement, dans un contexte de difficultés financières devenues désormais chroniques.

Par courrier du [REDACTED], vous avez été informé de la possibilité de mise sous administration provisoire, à laquelle vous aviez consenti par retour de mail du [REDACTED] et dans lequel vous avez indiqué vouloir en informer le conseil d'administration.

Lors du conseil d'administration du [REDACTED], il a été voté une délibération donnant un délai supplémentaire de 6 mois au nouveau directeur et au nouveau responsable des finances pour répondre aux injonctions en cours. Cette délibération du conseil d'administration précise également que cette mise sous administration provisoire ne doit en aucun cas conduire à une transformation de l'établissement en établissement autonome à ce stade, et que l'accompagnement se limiterait strictement aux actions nécessaires pour répondre aux injonctions.

Le [REDACTED], nous vous avons indiqué que la mise en place d'une administration provisoire et le périmètre de celle-ci relevait exclusivement de la décision conjointe de l'ARS et du Département et qu'il n'y a nullement besoin d'une décision préalable du CIAS. Par ailleurs, il vous a été rappelé que malgré la notification des alertes et de la mobilisation des équipes du CIAS, les éléments transmis ne répondaient que très partiellement aux injonctions faites et ne permettaient pas de mesurer une évolution positive de la gouvernance globale de l'établissement.

En application des articles L.1421-3 du code de la santé publique et L.313-13 du code de l'action sociale et des familles, une mission de suite d'inspection inopinée a été programmée le [REDACTED] pour contrôler l'effectivité des mesures préventives et correctives mises en œuvre par l'établissement pour répondre aux injonctions et préconisations notifiées à la suite de l'inspection des [REDACTED].

Pour rappel, en application des dispositions des articles L. 313-14 et L.313-16 et R.313-25-1 à R.313-25-3 du code de l'action sociale et des familles, l'absence de mise en œuvre de chacune des mesures correctives dans les délais fixés et de persistance des risques ou manquements relevés durant une inspection peut justifier une astreinte journalière, l'interdiction de gérer toute nouvelle autorisation médico-sociale, l'application d'une sanction financière, la mise sous administration provisoire ou la suspension ou la cessation de l'activité de l'établissement.

Au total, 13 injonctions, 21 prescriptions et 55 recommandations de la lettre définitive de décision de l'inspection sont maintenues par les autorités de contrôle. Plus spécifiquement, pour ce qui concerne l'état d'avancée de la résolution des injonctions :

- Un projet d'établissement [REDACTED] a été transmis à la mission mais est désormais obsolète (injonction 1);
- La délégation de pouvoir se limite à la reprise de l'article D.312-176-5 du code de l'action sociale et des familles et ne précise pas la nature et l'étendue des pouvoirs délégués. Par ailleurs, le projet de délégation de signature transmis aux autorités de contrôle le [REDACTED] ne répond toujours pas à cette injonction :
  - La signature de mandats de recettes et de dépenses limitée à un montant maximal de [REDACTED] € ne permet pas au directeur d'assurer le pilotage de la gestion financière et budgétaire de l'établissement,
  - La limitation des pouvoirs du directeur en matière de gestion des ressources humaines de l'établissement ne lui permet pas de piloter la gestion des emplois et des compétences. En ne bénéficiant pas du pouvoir d'autoriser les congés du personnel, placés sous sa responsabilité, le directeur peut difficilement assurer la continuité de la prise en charge des résidents.
- L'établissement n'a pas mis en place de plan d'amélioration de la qualité ou d'évaluation des prestations. Par ailleurs, il n'a par ailleurs pas nommé de référent qualité (injonction 3) ;
- L'établissement ne dispose pas de politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance. De même, il n'a pas été réalisé de formation relative à la bientraitance en [REDACTED] et seules 2 sessions de sensibilisation ont été réalisées par la psychologue laquelle n'a pas été formée à cette thématique (injonction 4) ;

- La procédure de déclarations d'EI/EIG n'est pas toujours pas satisfaisante et mal connue du personnel. De plus, l'établissement n'a réalisé ni formation ni sensibilisation à la démarche de déclarations aux EI et EIG en [REDACTED]. Les autorités constatent par ailleurs qu'aucun EIG n'a été transmis au titre de l'année [REDACTED] (injonction 5) ;
- L'établissement n'a pas mis en place de plan de formation en [REDACTED] et n'a pas présenté de plan de formation validé pour [REDACTED] (injonction 6) ;
- L'établissement a moins de [REDACTED]% projets de vie individuels des résidents réalisés ou actualisés. Par ailleurs, la mission n'a pas constaté de plan prévisionnel de réalisation de projets de vie individuels des résidents (injonction 8) ;
- L'établissement a recruté un [REDACTED] sous un contrat d'[REDACTED] renouvelable. L'établissement a recruté un [REDACTED] sous un contrat d'[REDACTED] renouvelable mais dont le [REDACTED] est ambigu puisque ce [REDACTED] a demandé une rupture anticipée de son contrat au [REDACTED]. Par ailleurs, ces 2 postes, sous contrats très courts, soulèvent la question de la stabilité de l'équipe de direction de l'établissement (injonction 9) ;
- Les protocoles et procédures de prise en charge médicale sont obsolètes, notamment ceux sur les conditions de stockage des produits stupéfiants et sur la gestion des urgences médicales et du chariot d'urgence (injonctions 10 et 11) ;
- Les protocoles et procédures de soins n'ont pas tous été actualisés (la mission ayant consulté des versions de [REDACTED]) et les versions actualisées de ces documents n'ont pas été validées et signées par le médecin coordonnateur en poste (injonction 12) ;
- L'établissement n'a toujours pas de conventions de partenariat valide et co-signée avec un établissement de santé. Toutefois les conventions de partenariats demandées sont soit obsolètes soit signées mais non datées (injonction 13) ;
- L'établissement a transmis, le [REDACTED], une convention avec l'HAD de l'[REDACTED] datée et signée du [REDACTED]. Toutefois, les conventions de partenariats demandées sont soit obsolètes soit signées mais non datées (injonction 14).

Vous trouverez jointe au présent courrier la synthèse du contrôle d'effectivité des mesures correctives mises en œuvre par l'établissement pour répondre aux injonctions et préconisations notifiées à la suite de l'inspection des [REDACTED].

Ces constats indiquent globalement une absence manifeste d'amélioration depuis l'inspection des [REDACTED].

Enfin, avec effet au [REDACTED], il a été mis fin précocement à l'intervention sur l'établissement de l'appui des directeurs du GCSMS des EHPAD publics du Département les conditions de réussite de ce projet n'étant plus réunies.

Pour mémoire, cette mission avait pourtant pour objet de répondre aux constats de l'inspection des autorités et de redresser la situation de l'établissement. En conséquence, il vous appartenait d'engager les mesures correctives dédiées à la résolution des manquements identifiés par la mission d'inspection.

La mission de suite d'inspection réalisée sur site le [REDACTED] n'a pas permis de lever les injonctions et prescriptions notifiées à l'EHPAD « Les quatre saisons » à la suite de l'inspection du [REDACTED].

Par conséquent, au vu de ces différents éléments, nous vous informons par la présente que nous prononçons la mise en administration provisoire de l'EHPAD « Les 4 Saisons » à compter du [REDACTED], en application du V de l'article L. 313-14 du code de l'action sociale et des familles.

L'administrateur provisoire aura pour mission d'accompagner et soutenir le directeur actuel dans la mise en place des mesures correctives à la suite du présent courrier.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de notre considération distinguée.

Le Directeur Général  
de l'Agence régionale de santé  
d'Île-de-France



Denis ROBIN

P/ Le Président du Conseil  
départemental de la Seine-Saint-Denis  
et par délégation

Luc LAMBERT





## Injonctions :

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Décision de la LD de l'inspection	Etat d'avancée des injonctions	Décision après la visite de suite d'inspection	Délai de mise en œuvre après suite
Inj 1	1.2- Gouvernance -Management et Stratégie	<p>Le projet d'établissement est obsolète depuis [REDACTED] ce qui contrevient à l'article L311-8 du CASF (Ecart N°2).</p> <p>Le projet d'établissement ne contient pas les volets suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-La présentation de l'établissement (historiques, valeurs, environnement),</li> <li>-La présentation des enjeux et mission,</li> <li>-Les caractéristiques des personnes accueillies,</li> <li>-La nature de l'offre de service et organisation,</li> <li>-La bientraitance et prévention maltraitance,</li> <li>-Les perspectives d'évolution et de développement (Remarque N°4).</li> </ul> <p>Texte de référence L311-8 CASF</p>	La direction doit procéder à la mise à jour du projet d'établissement et doit s'assurer que le PE contient toutes les dispositions prévues au CASF.	Maintenue	Le PE [REDACTED] a été retrouvé « <i>par inadvertance</i> » par la nouvelle direction. Contrairement à sa version précédente il comprend les volets obligatoires du PE. Au jour de la visite de suite d'inspection il n'est plus valide.	<b>DECISION :</b> Maintenue jusqu'à la transmission du projet d'établissement [REDACTED]	12 mois
Inj 2	(G) Management et Stratégie	<p>L'établissement contrevient au code de l'action sociale et familles en ne précisant pas la nature et l'étendue de la délégation (Ecart N°6) notamment en matière de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement ou de service ;</li> <li>- gestion et animation des ressources humaines ;</li> <li>- gestion budgétaire, financière et comptable en application des articles R. 314-9 à R. 314-55 ;</li> <li>- coordination avec les institutions et intervenants extérieurs.»</li> </ul>	<p>Elaborer et mettre en œuvre un Document unique de délégation comprenant les thématiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement,</li> <li>- Gestion et animation des ressources humaines,</li> <li>- Gestion budgétaire, financière et comptable,</li> </ul>	Maintenue jusqu'à la transmission du Document Unique de délégation comprenant toutes les dispositions prévues à l'article D. 312-176-5 CASF	<p>La délégation de pouvoir et la délégation de signature votées par le [REDACTED] ne sont pas conformes aux textes en vigueur.</p> <p>La délégation de pouvoir ne précise pas l'étendue et la nature de la délégation comme le prévoit l'article D. 312-176-5 CASF. La délégation de signature ne correspond pas au périmètre de la délégation de pouvoir</p> <p>Le projet de nouvelle délégation de signature, transmis après l'inspection,</p>	<b>DECISION :</b> Maintenue jusqu'à la transmission d'une délégation de pouvoir conforme à l'article D. 312-176-5 du CASF et à la transmission d'une délégation de signature correspondante	1 mois

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Décision de la LD de l'inspection	Etat d'avancée des injonctions	Décision après la visite de suite d'inspection	Délai de mise en œuvre après suite
		<p>La fiche de poste du [REDACTED] ne mentionne pas toutes les missions réglementaires, ce qui contrevient au CASF (Ecart N°7).</p> <p>L'établissement n'a pas mis en place une réelle délégation de pouvoir et de signature en matière de gestion des ressources humaines en application de la réglementation du code de l'action sociale et familles (Ecart N°19).</p> <p>L'établissement n'a pas mis en place une réelle délégation de pouvoir et de signature en matière budgétaire, financière et comptable en application de la réglementation du code de l'action sociale et familles (Ecart N°20).</p> <p>Texte de référence : D312-176-5 CASF</p>	- Coordination avec les institutions et intervenants extérieurs.		n'est toujours pas conforme aux textes en vigueur.		
Inj 3	(G) Gestion de la qualité	<p>La direction n'a pas mis en place une évaluation des prestations dans l'amélioration continue de la qualité comme prévu à l'article L312-8 du CASF (Ecart N°14).</p> <p>La direction de l'établissement n'a pas désigné de responsable qualité comme le préconise la HAS dans les RBPP de 2018 « Mission du responsable d'établissement et rôle dans la prévention et le traitement de la maltraitance » (Remarque N°17).</p> <p>Textes de référence : L312-8 CASF ; HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle dans la prévention et le traitement de la maltraitance", 2018</p>	La direction doit mettre en place une évaluation des prestations dans l'amélioration continue de la qualité et désigner un référent qualité.	Maintenue	Il n'y a pas de plan d'évaluation et d'amélioration de la qualité formalisé au jour de l'inspection. De même, le référent qualité n'a pas été nommé.	<b>DECISION :</b> Maintenue jusqu'à la mise en place d'un plan d'amélioration de la qualité et la nomination d'un référent qualité	6 mois
Inj 4	(G) Gestion de la qualité	En ne mettant pas en place de politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance, la direction de l'établissement contrevient aux	La direction doit mettre en place une politique de promotion de la	Maintenue dans l'attente de la	L'établissement n'a pas mis en place de politique globale de promotion de la bientraitance et de lutte contre la	<b>DECISION :</b> Maintenue jusqu'à la transmission de la procédure validée relative à la lutte contre la	3 mois



Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Décision de la LD de l'inspection	Etat d'avancée des injonctions	Décision après la visite de suite d'inspection	Délai de mise en œuvre après suite
	dispositions de l'article L311-3. 1° CASF (Ecart N°15).  Texte de référence : L311-3. 1° CASF	bientraitance et de lutte contre la maltraitance.	transmission des documents relatifs à la formation du personnel sur la promotion de la bientraitance et la prévention de maltraitance (avis de formation et émargements des participants) et d'une procédure relative à la lutte contre la maltraitance.	maltraitance, en atteste l'absence de procédure contre la maltraitance et l'absence de formation bientraitance et lutte maltraitance en [REDACTED].  Les 2 sessions de sensibilisation sur la bientraitance et la maltraitance réalisées en [REDACTED] par la [REDACTED] sont des actions de sensibilisation. La [REDACTED] n'a pas été formée à cette thématique.	<b>maltraitance et aux documents relatifs à la formation du personnel sur la promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance (attestation d'émargements des participants)</b>	
Inj 5	(G) Gestion des risques, des crises et des événements indésirables  L'établissement ne transmet pas les déclarations d'EI/EIG aux deux autorités de contrôle et ne transmet pas, par conséquent les retours d'expérience sous 3 mois, ce qui contrevient aux dispositions du CASF (Ecart N°16).  La direction n'a pas transmis d'information sur l'effectivité des signalements auprès de l'autorité judiciaire comme prévu à l'article 40 du code de procédure pénale » (Remarque N° 18).  Textes de référence : L331-8-1, R331-8 et R331-9 CASF ; 40 CPP	L'établissement doit transmettre les déclarations d'EI/EIG aux deux autorités de contrôle, ainsi qu'aux autorités judiciaires le cas échéant.	Maintenue dans l'attente de la transmission de documents relatifs à l'organisation de formation sur le signalement des EI/EIG/EIGS	L'établissement n'a pas fourni la procédure actuelle de déclaration des EI/EIG. L'établissement n'a pas transmis, aux autorités de contrôle, d'EIG en [REDACTED].  Il a été porté à la connaissance de la mission qu'un EIG pour une fugue de nuit était en cours sans que cet EIG ne soit transmis, bien que cette transmission doit se faire sans délai.	<b>DECISION :</b> Maintenu jusqu'à la transmission de la procédure de déclaration des EI/EIG intégrant l'obligation des déclarations des EIG aux autorités et tout documents attestant de l'organisation de formation en [REDACTED] sur le signalement des EI/EIG/EIGS (avis de formation et feuille d'émargement).	3 mois

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Décision de la LD de l'inspection	Etat d'avancée des injonctions	Décision après la visite de suite d'inspection	Délai de mise en œuvre après suite
				<p>(avis de formation et feuille d'émargement).</p> <p>La procédure transmise indique que seuls les EIGS doivent être signalés aux autorités de tutelles. La mission rappelle que tous les EI/EIG/EIGS doivent être transmis aux autorités de tutelles.</p>	L'établissement n'a pas organisé de formation ou de sensibilisation sur la déclaration des EI/EIG en [REDACTED].		
Inj 6	(FS) Gestion des RH	<p>La direction de l'EHPAD n'a pas élaboré de plan de formation ce qui contrevient aux dispositions de l'article L313-12-3 CASF (Ecart N°17).</p> <p>Texte de référence : L313-12-3 CASF</p>	La direction de l'EHPAD doit élaborer un plan de formation annuel.	Maintenue	Il n'y a pas eu de plan de formation formalisé en [REDACTED] et, au jour de l'inspection, le plan de formation pour [REDACTED] n'est pas élaboré	<b>DECISION :</b> Maintenue jusqu'à transmission d'un plan de formation pour [REDACTED]	3 mois
Inj 7	(FS) Gestion d'informations	<p>L'établissement n'a pas transmis les RAMA des années [REDACTED] et [REDACTED]. L'absence d'élaboration de RAMA contrevient aux dispositions de l'article D312-158-10 du CASF (Ecart N°25).</p> <p>Texte de référence : D312-158-10 CASF</p>	Le médecin coordonnateur doit élaborer et transmettre le RAMA des années N-1 et/ou N.	Levée	<b>LEVÉE AVANT LA VISITE DE SUITE D'INSPECTION</b>	<b>LEVÉE AVANT LA VISITE DE SUITE D'INSPECTION</b>	<b>LEVÉE</b>



	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Décision de la LD de l'inspection	Etat d'avancée des injonctions	Décision après la visite de suite d'inspection	Délai de mise en œuvre après suite
Inj 8	(PEC) Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Les projets personnalisés de vie n'ont pas été présentés à la mission, ne sont pas élaborés, et lorsqu'ils existent, ne sont pas réactualisés, comme le prévoit l'article D312.155.0 3° du CASF (Ecart N°31).  Texte de référence : D312.155.0 3° CASF	La direction doit s'assurer que chaque résident dispose d'un projet de vie actualisé, incluant notamment le projet de soins, et mettre en place un planning d'actualisation de ces projets.  Il est demandé de transmettre : <ul style="list-style-type: none"><li>– Le programme annuel des établissements/actualisation des PPI</li><li>– Les derniers PPI réalisés depuis</li></ul>	Maintenue	Au jour de la visite de suite d'inspection, ■ résidents sur ■ ont un projet personnalisé de vie rédigé. Aucun objectif d'élaboration n'a été fixé à la psychologue. La mission n'a pas su de quelle manière les projets de vie étaient portés à la connaissance du personnel et de quelle manière le personnel animait ces projets de vie.	<b>DECISION :</b> Maintenue jusqu'à transmission du programme annuel ■ des réalisations et la transmission des ■ derniers PPI réalisés en ■.	6 mois
Inj 9	(PEC) Soins	La vacance de poste de médecin coordinateur le jour de la visite sur site ne satisfait pas aux obligations de l'article D312-156 du CASF, de l'article D312-158 (Ecart N°31).  L'absence de coordination médicale et paramédicale efficiente liée à la vacance de poste de ■ et au besoin d'appropriation de ses missions de l'■ ne permet pas de satisfaire les dispositions de l'article D312-155-0 du CASF (Ecart N°35).  Texte de référence : D312-156, D312-158 CASF	Mettre en place une coordination médicale et paramédicale, intégrant le recrutement d'■ avec ETP conforme et d'une ■ qualifiée ou le recours à des personnels qualifiés externes, afin d'assurer une prise en charge sécurisée et individualisée des résidents.	Maintenue dans l'attente de la transmission des contrats de travail, diplômes et fiches de poste de l'IIDEC et du Médoc	L'établissement a recruté ■ sous un contrat ■ renouvelable.  Au jour de la visite de suite d'inspection, un avenant signé par le ■ actait la rupture anticipée de son contrat au ■. Au jour de la visite ■ ne disposait pas de contrat de travail.  Le ■, l'établissement a transmis des précisions sur la situation contractuelle du ■ qui occupe ses	<b>DECISION :</b> Maintenue jusqu'à ce que : <ul style="list-style-type: none"><li>– les postes de ■ et ■ pourvus de manière pérenne,</li><li>– le temps minimal de présence du ■ soit conforme aux dispositions réglementaires applicables dans un EHPAD de 60 à 99 places,</li></ul>	3 mois

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Décision de la LD de l'inspection	Etat d'avancée des injonctions	Décision après la visite de suite d'inspection	Délai de mise en œuvre après suite
					<p>fonctions dans le cadre de CDD (du [REDACTED] au [REDACTED], puis du [REDACTED] au [REDACTED] sur un temps de présence de [REDACTED] h par semaine).</p> <p>Par ailleurs, la mission constate que le [REDACTED] a une expérience limitée de [REDACTED] d'un EHPAD et qu'il ne dispose pas des diplômes satisfaisant aux obligations de qualifications requises pour occuper un poste de [REDACTED] en EHPAD.</p> <p>L'établissement a recruté un [REDACTED], mais sous un contrat d'[REDACTED] renouvelable, qui est encore en montée de compétence du fait de sa prise de fonction récente.</p> <p>Par ailleurs, ces 2 postes sous contrats très courts soulèvent la question de la stabilité de l'équipe de direction de l'établissement.</p>	<p>- l'établissement justifie de la qualification du [REDACTED] ou, à défaut, de son inscription à une formation qualifiante.</p>	
Inj 10	(PEC) Soins	<p>Le stockage des produits stupéfiants appelle plusieurs remarques à la suite des constats faits par la mission:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un médicament stupéfiant est rangé dans le coffre sans boîte et sans identification (pas d'identité du résident à qui il est prescrit) (Ecart N°39).</li> <li>- Des tests antigéniques COVID sont entreposés dans le coffre à stupéfiants. Ces produits n'ont pas</li> </ul>	Le [REDACTED] et l'[REDACTED] doivent s'assurer de la bonne gestion des produits stupéfiants.	Maintenue jusqu'à la validation du document par le [REDACTED] et dans l'attente de la transmission des	Les protocoles et procédures de prise en charge médicale sont toujours obsolètes, dont celui sur les conditions de stockage des produits stupéfiants.	<b>DECISION :</b> Maintenue jusqu'à transmission du protocole signé par le [REDACTED] et aux preuves de sensibilisation des professionnels à ce protocole	3 mois

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Décision de la LD de l'inspection	Etat d'avancée des injonctions	Décision après la visite de suite d'inspection	Délai de mise en œuvre après suite
		leur place dans ce coffre dans lequel seuls les produits stupéfiants sont détenus.  Le libellé des doses administrées dans les registres des stupéfiants ne répond pas aux RBPP (noté en chiffre) (Remarque N°98).  Texte de référence : R5132-36 CSP		documents relatifs à la formation du personnel sur la gestion des stupéfiants (avis de formation et feuille d'émargements des participants)			
Inj 11	(PEC) Soins	La gestion globale du chariot et du matériel d'urgence contrevient à l'article L311-3 du CASF, avec : l'absence de scellés (permettant de s'assurer de l'intégrité du contenu du chariot d'urgence), l'état du chariot d'urgence le jour de la visite sur site ne permet pas son utilisation immédiate et optimale dans le cas de situations d'urgences médicales (contenu incomplet selon la liste relative au contenu du chariot d'urgence, absence de vérification régulière et de traçabilité de l'état du chariot d'urgence), la méconnaissance par le personnel de soins, en particulier du personnel [REDACTED], de l'endroit où est rangé le chariot d'urgence (le chariot n'est pas rangé dans son emplacement dédié dans le local « Infirmerie » mais dans un autre local), l'absence de protocoles de soins de conduite à tenir en cas de situations médicales d'urgence, le DAE est dissocié du chariot d'urgence dans lequel un emplacement est prévu pour son rangement (Ecart N°40).  Le chariot d'urgence (localisé dans le bureau du [REDACTED]) n'est pas rangé dans son emplacement dédié dans le local « infirmerie ». Le jour de la visite	Le [REDACTED] doit s'assurer du bon état du chariot et du matériel d'urgence et doit mettre en place une procédure qui permet une gestion optimale de ce matériel.  Le [REDACTED] doit également s'assurer du bon emplacement du chariot d'urgence.	Maintenue	Les protocoles et procédures de prise en charge médicale sont toujours obsolètes, dont celui sur la gestion des urgences médicales et du chariot d'urgence	<b>DECISION :</b> Maintenue jusqu'à transmission du protocole signé par le [REDACTED] et aux preuves de sensibilisation des professionnels à ce protocole	3 mois



Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Décision de la LD de l'inspection	Etat d'avancée des injonctions	Décision après la visite de suite d'inspection	Délai de mise en œuvre après suite
	<p>sur site, [REDACTED] vacataire lors de son entretien avec la mission désigne comme étant le chariot d'urgence le chariot utilisé pour poser le DAE à l'Infirmierie. Ce constat montre qu'il n'est pas précisé (du moins systématiquement), lors de l'accueil des nouveaux personnels [REDACTED], l'emplacement des matériels et dispositifs que ces personnels peuvent être amenés à utiliser dans le cadre de leurs fonctions, en particulier lors d'urgences médicales (Remarque N°119).</p> <p>Lors de la visite sur site (réalisée par la mission accompagnée par l'[REDACTED]), la mission fait les constats suivants concernant le chariot d'urgence :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Il n'est pas scellé</li> <li>- Il n'est pas libre d'accès (fauteuil roulant devant le chariot)</li> <li>- La dernière vérification du chariot est datée de [REDACTED] (il est indiqué sur le document relatif au contenu du chariot d'urgence que la vérification du chariot d'urgence doit être faite tous les mois)</li> <li>- L'état du chariot d'urgence au jour de la visite sur site n'est pas tracé dans la feuille de contrôle du chariot et il n'y a pas d'étiquette indiquant l'état du chariot (complet, en cours de vérification, en attente de réception de commande, ...)</li> <li>- Le jour de la visite sur site l'inventaire du contenu du chariot fait par la mission au vu de la liste du contenu du chariot d'urgence placée sur le plateau supérieur du chariot montre que le chariot est incomplet</li> <li>- Sur le point précédent, l'[REDACTED] indique qu'elle a fait le constat de l'utilisation par les personnels de soins du contenu du chariot d'urgence en dehors d'une urgence vitale</li> </ul>					



	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Décision de la LD de l'inspection	Etat d'avancée des injonctions	Décision après la visite de suite d'inspection	Délai de mise en œuvre après suite
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'■■■■ indique qu'il n'y a pas de planning établi de vérification du chariot d'urgence</li> <li>- La mission constate qu'un emplacement est réservé au DAE dans un des tiroirs du chariot, l'■■■■ confirmant que le rangement dédié du DAE est dans le chariot d'urgence. Or le jour de la visite sur site le DAE est placé dans le local « Infirmerie » sur un chariot non dédié.</li> <li>- Hormis le document « Chariot d'urgence » destiné au contrôle du chariot, les procédures et protocoles de soins de conduite à tenir en cas d'urgences médicales, si elles existent, ne sont pas à proximité du chariot d'urgence</li> <li>- L'établissement n'a pas transmis de procédure de maintenance et de gestion concernant le matériel et les produits médicamenteux du chariot d'urgence, qui, si elle existe, n'est pas utilisée, voire connue, par les personnels en charge de les appliquer</li> <li>- L'établissement n'a pas transmis les procédures et protocoles de soins de conduite à tenir en cas d'urgences médicales en vigueur le jour de la visite sur site (Remarque N°121).</li> </ul> <p>Texte de référence : L311-3 CASF</p>					
Inj 12	(PEC) Soins	<p>L'établissement n'a pas transmis à la mission les protocoles et procédures relatifs aux soins et au circuit du médicament en vigueur dans l'établissement le jour de la visite sur site de la mission d'inspection (Remarque N°75).</p> <p>L'établissement n'a pas transmis à la mission les procédures et protocoles relatifs au circuit du</p>	<p>Transmettre à la mission les procédures et protocoles relatifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- au circuit du médicament en vigueur le jour de la visite d'inspection,</li> <li>- à la vérification des médicaments livrés par</li> </ul>	Maintenue dans l'attente de la transmission des protocoles et des procédures	Une partie des protocoles et procédures de soins a été actualisée par le ■■■■ (la mission ayant consulté des versions de 2009) et les versions actualisées de ces documents n'ont pas été validées et signées par le ■■■■ en poste.	<b>DECISION :</b> Maintenue jusqu'à transmission des protocoles et procédures relatifs aux soins validés et signés par le ■■■■	3 mois

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Décision de la LD de l'inspection	Etat d'avancée des injonctions	Décision après la visite de suite d'inspection	Délai de mise en œuvre après suite
	<p>médicament en vigueur le jour de la visite d'inspection (Remarque N°83).</p> <p>L'établissement n'a pas transmis à la mission les procédures relatives à la vérification des médicaments livrés par l'officine, le rangement des médicaments dans les armoires et chariots à médicaments dédiés, et la préparation des chariots de distribution de médicaments qui sont indiquées sur la liste de procédures consultée sur site (Remarque N°85).</p> <p>La mission note sur la liste des protocoles consultée sur site que l'établissement dispose de procédures « Rangement et approvisionnement pharmacie » et « nettoyage chariot médicament » auxquels l'■■■■ ne fait pas référence en matière de procédure relative à l'entretien des dispositifs contenant les médicaments au sein de l'EHPAD. Ces procédures inscrites sur la liste des protocoles en vigueur dans l'établissement le jour de la visite sur site n'ont pas été transmises à la mission (Remarque N°89).</p> <p>L'établissement n'a pas transmis les protocoles ou les procédures relatifs à la « délégation d'administration des médicaments par l'IDE » et à l'« aide à la prise des médicaments par l'AS » en vigueur le jour de la visite d'inspection (Remarque N°98).</p> <p>L'établissement n'a pas transmis le protocole de dépistage et de lutte contre la douleur signalée par l'■■■■ comme existant dans l'établissement le jour de la visite sur site (Remarque N°103).</p> <p>L'établissement n'a pas transmis les protocoles relatifs aux soins palliatifs et à la fin de vie en vigueur le jour de la visite d'inspection ou indiqué si ces protocoles existaient (Remarque N°105).</p>	<p>l'officine, le rangement des médicaments dans les armoires et chariots à médicaments dédiés, et la préparation des chariots de distribution de médicaments,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- au rangement et approvisionnement pharmacie et au nettoyage chariot médicament,</li> <li>- la délégation d'administration des médicaments par l'IDE et à l'aide à la prise des médicaments par l'AS,</li> <li>- de dépistage et de lutte contre la douleur,</li> <li>- aux soins palliatifs,</li> <li>- à la prévention et la gestion des chutes,</li> <li>- à la prévention et la prise en soins des troubles trophiques chez les résidents,</li> <li>- les pansements,</li> <li>- au nettoyage régulier et à sa traçabilité des contenants (tiroirs individuel par résident) des chariots à médicaments et des armoires à médicaments,</li> </ul>	<p>de soins manquants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- approvisionnement de la pharmacie ;</li> <li>- délégation d'administration de médicaments ;</li> <li>- prévention des chutes ;</li> <li>- prévention de la prise en soins des troubles trophiques ;</li> <li>- gestion des situations d'urgence de jour....</li> </ul>			



	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Décision de la LD de l'inspection	Etat d'avancée des injonctions	Décision après la visite de suite d'inspection	Délai de mise en œuvre après suite
		<p>L'établissement n'a pas transmis les protocoles et les procédures de soins (chutes) figurant sur la liste de protocoles de soins consultée le jour de la visite et en vigueur le jour de la visite sur site (Remarque N°111).</p> <p>L'établissement n'a pas transmis à la mission les protocoles et procédures relatifs à la prévention et la prise en soins des troubles trophiques chez les résidents en vigueur le jour de la visite d'inspection (Remarque N°112).</p> <p>Dans sa réponse à la lettre d'intention adressée par courriel à la date du 1<sup>er</sup> août, le [REDACTED] a indiqué l'élaboration par le [REDACTED] d'un protocole concernant « les pansements ». Ce protocole n'a pas été transmis à la mission (Remarque N°117).</p> <p>L'absence de formalisation dans une procédure actualisée, et/ou sa connaissance (si cette procédure existe) par l'ensemble des personnels impliqués, relative au nettoyage régulier et à sa traçabilité des contenants ( tiroirs individuel par résident) des chariots à médicaments et des armoires à médicaments ne respectent pas les RBPP).</p> <p>L'établissement n'a pas transmis de procédures ou de protocoles de soins relatifs aux situations d'urgences médicales en vigueur dans l'établissement le jour de la visite sur site (Remarque N°124).</p> <p>Texte de référence : R4312-43 CSP</p>	- aux situations d'urgences médicales				
Inj 13	(RExt) Partenariats institutionnels	Au jour de la visite l'EHPAD ne dispose pas de convention avec un établissement de santé en raison de la caducité de la dernière convention, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.312-7 du CASF (Ecart N°41).	La direction doit établir un partenariat avec un établissement de santé et signer une convention avec lui.	Maintenue	L'établissement a transmis une convention avec le [REDACTED] (datée du [REDACTED]) et la [REDACTED] (datée du [REDACTED]). Toutefois, ces 2 conventions ne sont plus respectivement en vigueur depuis 5 ans et 9 ans.	<b>DECISION :</b> Maintenue jusqu'à la transmission des conventions actualisées avec un établissement de santé	3 mois

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Décision de la LD de l'inspection	Etat d'avancée des injonctions	Décision après la visite de suite d'inspection	Délai de mise en œuvre après suite
Inj 14	(RExt) Partenariats institutionnels	<p>Texte de référence : L.312-7 du CASF</p> <p>En ne concluant pas de partenariats permettant la prise en charge de la douleur et permettant une bonne prise en charge soins, l'EHPAD contrevient aux dispositions des articles L1110-5 et L1112-4 du Code de Santé Publique (Ecart N°42).</p> <p>La mission n'a pas été destinataire de convention avec une HAD (Remarque N°101).</p> <p>La mission n'a pas été destinataire de convention avec le réseau « [REDACTED] » (Remarque N°102).</p> <p>La mission n'a pas été destinataire des conventions de partenariats de l'EHPAD avec le [REDACTED] (équipe mobile de gériatrie....) (Remarque N°110).</p> <p>Malgré plusieurs relances la mission n'a pas été destinataire de convention avec un service d'HAD (Remarque N°127).</p> <p>Textes de référence : L1110-5 L1112-4 CSP</p>	La direction doit adhérer à un réseau de soins palliatifs et établir une convention avec une HAD de soins permettant la prise en charge de la douleur et une bonne prise en charge soins et soins palliatifs.	Maintenue	L'établissement a transmis une convention HAD avec [REDACTED] datée du [REDACTED] mais n'a fourni de convention relative aux soins palliatifs.	<b>DECISION : Maintenue jusqu'à transmission de la convention avec un partenaire de soins palliatifs</b>	3 mois

### Prescriptions :

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Décision de la LD de l'inspection	Etat d'avancée des prescriptions	Décision après la visite de suite d'inspection	Délai de mise en œuvre après suite
Presc 1	1.2- Gouvernance -Management et Stratégie	La mission constate que le règlement de fonctionnement n'est pas affiché au jour de la visite et que sa dernière mise à jour date de plus [REDACTED] ce qui contrevient à l'article R311-34 du CASF) (Ecart N°1).	La direction doit mettre à jour le règlement de fonctionnement et s'assurer que celui-ci est affiché dans l'établissement.	Maintenue	Le règlement de fonctionnement n'est toujours pas affiché au jour de l'inspection.	<b>DECISION : Maintenue jusqu'à transmission de la preuve de l'affichage du règlement de fonctionnement</b>	1 mois

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Décision de la LD de l'inspection	Etat d'avancée des prescriptions	Décision après la visite de suite d'inspection	Délai de mise en œuvre après suite
		En ne procédant pas l'affichage du règlement de fonctionnement l'EHPAD n'est pas en conformité avec l'article L. 311-4 CASF (Ecart N°9).					
Presc 2	(G) Management et Stratégie	Le plan bleu n'a pas été actualisé depuis [REDACTED] (Ecart N°3).	La direction doit procéder à la, mise à jour du plan bleu tous les ans.	Maintenue	Le plan bleu n'a pas été retransmis dans le cadre de la suite d'inspection	<b>DECISION :</b> Maintenue jusqu'à transmission du plan bleu actualisé pour 2025.	3 mois
Presc 3	(G) Management et Stratégie	Le plan bleu ne contient pas : -Les modalités d'organisation spécifique à mettre en œuvre en cas de survenue de TIAC, de risque infectieux épidémique, d'interruption d'alimentation électrique..., -Les modalités de la continuité d'activité, -Les modalités de la reprise d'activité (Ecart N°4).  Textes de référence : D312-160, D312-155-4-1 CASF	La direction de l'établissement, en lien avec le [REDACTED] et les responsables de service, doit établir et formaliser le plan de crise sanitaire ou climatique de l'EHPAD.	Maintenue	Le plan bleu n'a pas été retransmis dans le cadre de la suite d'inspection	<b>DECISION :</b> Maintenue jusqu'à transmission du plan bleu actualisé pour 2025 comprenant les items obligatoires manquants.	3 mois
Presc 4	(G) Management et Stratégie	Il n'y a pas d'indication sur la communication du document de délégation du [REDACTED] au [REDACTED] comme le prévoit l'article D315-71 CASF (Ecart N°8).  Texte de référence : D315-71 CASF	Transmettre le bordereau de transmission du document de délégation du directeur au CA.	Maintenue	La délégation de pouvoir et la délégation de signature sont votées par le [REDACTED] mais non conformes à l'article D. 312-176-5 CASF et aux demandes des autorités.	<b>DECISION :</b> Maintenue, jusqu'à la transmission des délibérations liées à la délégation de pouvoir et à la délégation de signature aux autorités qui soient conformes à la décision liée à l'injonction n°2	1 mois



	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Décision de la LD de l'inspection	Etat d'avancée des prescriptions	Décision après la visite de suite d'inspection	Délai de mise en œuvre après suite
Presc 5	(G) Animation et fonctionnement des instances	Les documents concernant les élections du CVS, transmis par l'EHPAD ne font pas mention de la composition du CVS, laquelle doit être mise à jour pour être en conformité avec le décret 2022-688 du 25 avril 2022. Les dernières élections ont eu lieu en 2020 selon les documents affichés à l'entrée de l'établissement (Ecart N°10).  Texte de référence : décret 2022-688 du 25 avril 2022	La direction doit transmettre le résultat des élections des représentants du CVS mentionnant la composition du CVS.	Maintenue	Les élections du CVS se sont tenues le [REDACTED]. Le CR n'indique pas la composition du CVS mais nomme uniquement les représentants familles et résidents. Toutefois, il apparaît sur le CR du CVS du [REDACTED] que le quorum d'au moins 50% de représentants usagers n'est pas respecté.	<b>DECISION : Maintenue jusqu'à la transmission des CR de CVS où les représentants des usagers représenteront au moins 50% des membres présents du CVS et jusqu'à preuve que le PV d'élections des usagers et la note d'information avec coordonnées des représentants usagers soit affichée dans l'établissement</b>	<b>Immédiate</b>
Presc 6	(G) Animation et fonctionnement des instances	Le CR du CVS du [REDACTED] indique qu'un Président et un Vice-Président (et non son suppléant) sont nommés à main levée et non à bulletin secret (cf. article D311-9) (Ecart N°11).  Texte de référence : D311-9 CASF	La direction doit s'assurer que les votes des représentants du CVS sont à bulletin secret.	Maintenue	Les CR du CVS suite à l'élection [REDACTED] n'indiquent pas d'élection parmi les représentants des usagers du Président du CVS et de son suppléant.	<b>DECISION : Maintenue jusqu'à transmission du CR CVS où le Président et son suppléant auront été élus parmi les représentants des usagers</b>	<b>3 mois</b>
Presc 7	(G) Animation et fonctionnement des instances	Les CR de CVS transmis n'indiquent pas que le règlement de fonctionnement ait été approuvé par le CVS, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-7 CASF (Ecart N°12).  Texte de référence : L311-7 CASF	La direction doit transmettre les documents attestant de l'approbation du règlement de fonctionnement par le CVS.	Maintenue	Le nouveau CVS n'a pas validé le règlement de fonctionnement	<b>DECISION : Maintenue jusqu'à transmission du CR CVS où le règlement de fonctionnement du CVS aura été validé par le-dit CVS.</b>	<b>3 mois</b>
Presc 8	(G) Animation et fonctionnement des instances	Les entretiens avec [REDACTED] ont révélé que le CVS n'est pas informé des EI ce qui contrevient aux dispositions de l'article R331-10 du CASF. Les dysfonctionnements sont abordés dans certains compte-rendu (Ecart N°13).	La direction doit s'assurer que les Événements indésirables sont transmis au CVS pour information.	Levée	<b>LEVEE AVANT LA VISITE DE SUITE D'INSPECTION</b>	<b>LEVEE AVANT LA VISITE DE SUITE D'INSPECTION</b>	<b>LEVEE</b>

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Décision de la LD de l'inspection	Etat d'avancée des prescriptions	Décision après la visite de suite d'inspection	Délai de mise en œuvre après suite
		Texte de référence : R331-10 CASF					
Presc 9	(G) Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<p>La mission constate que l'établissement n'apporte pas de réponse formalisée au déclarant d'EI/EIG (Remarque N°19).</p> <p>Les réclamations et plaintes doivent faire l'objet d'un suivi et d'un enregistrement permanent (Remarque N°20).</p> <p>Les réclamations et plaintes doivent faire l'objet de bilans systématiques et réguliers (Remarque N°21).</p> <p>L'établissement n'a pas mis en place une procédure de déclaration et de traitement des EI et veiller à ce que les personnels aient connaissance de cette procédure (Remarque N°22).</p> <p>Les entretiens démontrent que les professionnels ne se sont pas appropriés la démarche de déclarations des EI, notamment en ne connaissant pas la démarche pour réaliser un EI (Remarque N°23).</p> <p>Par ailleurs les professionnels ne sont pas sensibilisés et formés à l'identification et la classification des EI (Remarque N°24).</p> <p>Les EI ne font pas l'objet d'un suivi et d'une analyse systématique (Remarque N°25).</p> <p>Les EI ne font pas systématiquement l'objet de mesures préventives et correctrices avec au final un retour d'expérience pour l'établissement (Remarque N°26).</p> <p>Les EI ne font pas l'objet d'un retour auprès des déclarants (Remarque N°27).</p> <p>Il n'existe pas de procédure d'EI spécifique à la PECM (Remarque N°28).</p>	La direction doit élaborer une procédure de déclaration et de suivi des EI/EIG/EIGS, comprenant un volet PECM et s'assurer de son application par les professionnels.	Maintenue	<p>Une procédure de déclaration et de suivi des EI/EIG/EIGS existe mais n'est pas satisfaisante et doit encore être actualisée par la nouvelle direction.</p> <p>Le personnel ne connaît pas la procédure de déclaration.</p> <p>L'établissement ne tient pas un registre de suivi des réclamations et des EI ne s'assurant pas d'une analyse et de mesures préventives et correctives systématique ni de retour systématique aux déclarants des réclamations et des EI/EIG.</p>	<b>DECISION :</b> Maintenue jusqu'à transmission de la procédure de déclaration et de suivi des EI/EIG/EIGS actualisée, comprenant un volet PECM, et tout élément de preuves sur son appropriation par le personnel	3 mois



	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Décision de la LD de l'inspection	Etat d'avancée des prescriptions	Décision après la visite de suite d'inspection	Délai de mise en œuvre après suite
Presc 10	(FS) Gestion des RH	L'établissement n'a pas mis à jour les dossiers du personnel (Ecart N°17).  Textes de référence : L133-6 CASF, L1242-1 et L1248 Code du travail	L'établissement doit mettre à jour les dossiers du personnel.	Maintenue	Les dossiers du personnel consultés sont incomplets (absences de mention de consultation des extraits du casier judiciaire, des diplômes, des fiches de postes signées, d'attestations des formations suivies et des entretiens professionnels annuels)	<b>DECISION : Maintenue jusqu'à la mise à jour de l'ensemble des dossiers du personnel</b>	<b>3 mois</b>
Presc 11	(FS) Gestion des RH	L'établissement n'a pas mis à jour toutes les fiches de postes, comme le prévoit l'article 6 du décret n° 2014-1526 du 16 décembre 2014 (Ecart N°18).  Textes de référence : Art. 6 décret n° 2014-1526 du 16 décembre 2014	La direction doit mettre à jour les fiches de postes du personnel.	Maintenue	Les fiches de poste ne sont pas à jour au moment de la visite d'inspection. La direction indique que la formalisation des fiches est en cours	<b>DECISION : Maintenue jusqu'à transmission des fiches de poste</b>	<b>3 mois</b>
Presc 12	(FS) Sécurités	La mission constate l'absence de transmission par l'établissement de la convention écrite par laquelle l'établissement confie l'élimination de ses déchets d'activités de soins et assimilés à un service/établissement en mesure d'effectuer ces opérations. L'absence de ce document contrevient aux dispositions de l'article R1335-3 du CSP (Ecart N°30).  Texte de référence : R1335-3 du CSP	Transmettre la convention écrite par laquelle l'établissement confie l'élimination de ses déchets d'activités de soins et assimilés à un service/établissement en mesure d'effectuer ces opérations.	Maintenue	La convention DASRI n'a pas été transmise dans le cadre de la suite d'inspection	<b>DECISION : Maintenue jusqu'à transmission de la convention écrite par laquelle l'établissement confie l'élimination de ses déchets d'activités de soins et assimilés à un service/établissement en mesure d'effectuer ces opérations.</b>	<b>3 mois</b>
Presc 13	(PEC) Vie sociale et relationnelle	Les prestations d'animation font parties des prestations minimales d'hébergement et ne doivent par conséquent pas faire l'objet de restriction budgétaire significative (article D312-159-2 du CASF (Ecart N°32).	Le gestionnaire doit s'assurer que les animations proposées répondent aux obligations de prestations minimales d'hébergement.	Maintenue	Le programme d'animation est abordé régulièrement au CVS.	<b>DECISION : Maintenue jusqu'à transmission du nouveau projet d'établissement et du compte-rendu du</b>	<b>3 mois</b>



	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Décision de la LD de l'inspection	Etat d'avancée des prescriptions	Décision après la visite de suite d'inspection	Délai de mise en œuvre après suite
		<p>Le projet d'animation n'est pas actualisé et validé par le CVS dans le cadre de la mise à jour du projet d'établissement (Remarque N°65).</p> <p>Le projet d'établissement comprend un volet consacré à l'animation, toutefois le projet d'établissement transmis n'est plus actuel, ce qui pose la question de sa validité (Remarque N°63).</p> <p>Texte de référence : D312-159-2 CASF</p>	La direction doit actualiser le projet d'animation et s'assurer qu'il est validé par le CVS.		<p>Le PE [REDACTED] intègre une partie dédiée à l'animation et à la vie sociale, mais est désormais obsolète comme indiqué dans l'injonction n°1.</p> <p>Le projet d'animation a été réactualisé en [REDACTED] avec une valorisation du budget dédié à l'animation. Néanmoins, ce dernier n'a pas fait l'objet de validation par le CVS.</p>	<b>CVS où le projet d'animation actualisé aura été validé par le CVS.</b>	
Presc 14	(PEC) Soins	<p>La promesse d'embauche transmise par l'établissement prévoit que le [REDACTED] en cours de recrutement exercera à hauteur de [REDACTED] ETP les fonctions de [REDACTED]. Or le décret n° [REDACTED] relatif à la [REDACTED] en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes stipule que la présence du [REDACTED] dans un EHPAD entre 60 et 99 places doit être au moins de 0,6 ETP (Ecart N°34).</p> <p>Texte de référence : décret n° 2022-731 du 27 avril 2022</p>	La direction doit s'assurer que le [REDACTED] qui sera recruté exercera sur un temps de 0,6 ETP comme le prévoit la réglementation.	Maintenue dans l'attente de la transmission du contrat de travail du médecin coordonnateur recruté.	L'établissement a recruté un [REDACTED] sous un contrat de 0,6 ETP d'[REDACTED] renouvelable mais dont le statut contractuel [REDACTED] avec une demande de rupture anticipée de son contrat au [REDACTED] dans son dossier administratif, mais qui était néanmoins présent le jour du contrôle. Il s'est finalement avéré que le [REDACTED] occupe désormais ses fonctions sous formes de vacations.	<b><u>DECISION</u> : Maintenue jusqu'à la clarification du statut contractuel du [REDACTED] et que le poste soit pourvu de manière pérenne</b>	<b>3 mois</b>
Presc 15	(PEC) Soins	L'établissement n'a pas transmis de liste préférentielle de médicaments, ni précisé si cette liste existe (Ecart N°36).	Transmettre la liste de médicaments	Maintenue	Ce point n'a pas été recontrôlé par la mission d'inspection	<b><u>DECISION</u> : MAINTENUE</b>	<b>3 mois</b>

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Décision de la LD de l'inspection	Etat d'avancée des prescriptions	Décision après la visite de suite d'inspection	Délai de mise en œuvre après suite
		Texte de référence : L5126-6-1 CSP					
Presc 16	(G) Conformité aux décisions de l'autorisation ou de la déclaration	La mission n'a pas été destinataire des données concernant l'état de santé, état de dépendance et l'état de handicap des résidents (Remarque N°2). En l'absence de données sur l'état de dépendance des résidents, la mission n'a pas pu vérifier si l'établissement est suffisamment doté en matériels et d'équipement facilitant le déplacement des personnes pour les actes essentiels de la vie (Remarque N°52).  Texte de référence : D312-158, 2 CASF	Transmettre les données concernant l'état de santé, état de dépendance et l'état de handicap des résidents	Maintenue	La liste des résidents mise à disposition de la mission n'indique pas l'état de santé, l'état de dépendance et l'état de handicap des résidents	<b>DECISION : Maintenue jusqu'à transmission de la liste des résidents indiquant l'état de santé, l'état de dépendance et l'état de handicap des résidents</b>	<b>1 mois</b>
Presc 17	(G) Conformité aux décisions de l'autorisation ou de la déclaration	Le règlement de fonctionnement ne comporte pas les dispositions suivantes : -Les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situation exceptionnelle, -Les sanctions des faits de violence sur autrui, -Les temps de réunions, transmissions, partage d'information, accueil nouveaux professionnels, évaluation des pratiques professionnelles (Remarque N°3).  Textes de référence : R311-35, R311-36 et R311-37 CASF	La direction doit s'assurer que le règlement de fonctionnement comporte toutes les dispositions prévues au CASF.	Maintenue	Le règlement de fonctionnement n'a pas été retransmis dans le cadre de la suite d'inspection	<b>DECISION : Maintenue jusqu'à transmission du règlement de fonctionnement actualisé pour 2025 comprenant les items obligatoires manquants.</b>	<b>3 mois</b>
Presc 18	(G) Management et Stratégie	Lors de la visite d'inspection, le climat social de l'établissement est perturbé pour plusieurs raisons : -Un suivi RPS est en cours suite à la [REDACTED] [REDACTED] -Le manque de clarté dans la répartition des rôles entre le [REDACTED] (Remarque N°8).	La direction doit s'assurer que le climat social de l'établissement est apaisé afin de garantir un accompagnement de qualité aux résidents.	Maintenue	L'analyse des dossiers du personnel semble indiquer que le climat social n'est pas totalement serein au sein de l'établissement	<b>DECISION : Maintenue</b>	<b>Sans objet</b>



	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Décision de la LD de l'inspection	Etat d'avancée des prescriptions	Décision après la visite de suite d'inspection	Délai de mise en œuvre après suite
		Texte de référence : L311-3 3° CASF					
Presc 19	(G) Management et Stratégie	<p>L[REDACTED] nommée sur le poste d'[REDACTED] ne dispose pas des qualifications requises pour occuper cette fonction conformément au RBPP de la HAS (Remarque N°12).</p> <p>Le diplôme transmis à la mission d'inspection est illisible. Malgré plusieurs relances, la direction de l'établissement n'a pas transmis de document exploitable à la mission (Remarque N°13).</p> <p>L'entretien de l'[REDACTED] avec la mission souligne le besoin de celle-ci d'appropriation de ses missions et d'une définition plus précise des axes de priorisation parmi celles-ci (Remarque N°74).</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p>	La direction doit procéder au recrutement d'une [REDACTED] qualifiée ou le recours à un personnel qualifié externe, afin d'assurer une prise en charge sécurisée et individualisée des résidents.	Maintenue dans l'attente de la transmission du contrat de travail de l'[REDACTED] recrutée.	L'[REDACTED] actuel n'est plus l'[REDACTED] de l'inspection de [REDACTED]. Il est un [REDACTED] présent dans l'établissement depuis [REDACTED] et nommé à ce poste sur un contrat d'[REDACTED]. Il a réalisé une formation qualifiante dans le cadre de sa prise de fonction en 2024.	<b>DECISION :</b> Maintenue jusqu'à stabilisation du poste d'[REDACTED]	3 mois
Presc 20	(G) Management et Stratégie	<p>La mission constate que le numéro 3977 n'est pas affiché le jour de la visite (Remarque N°15).</p> <p>Textes de référence : L. 311-4 et R.311-34 CASF</p>	La direction doit s'assurer que tous les affichages réglementaires sont respectés.	Maintenue	Le numéro 3977 n'est toujours pas affiché au jour de la suite d'inspection.	<b>DECISION :</b> Maintenue jusqu'à transmission de la preuve de l'affichage du numéro 3977.	Immédiat
Presc 21	(FS) Gestion des RH	<p>L'établissement a recours de manière importante à du personnel infirmier vacataire, aide-soignant CDD/Vacataires ou stagiaires (Remarque N°32).</p> <p>On note que l'établissement a recours en proportion importante au CDD, et aux contrats vacataires, en</p>	La direction doit s'assurer de proposer systématiquement des CDI sur les postes vacants aux personnels ayant accumulé le nombre de CDD réglementaire.	Maintenue	La consultation d'une partie des dossiers du personnels montre un nombre important de contrats à durée déterminée et de vacations de courte durée avec	<b>DECISION :</b> Maintenue jusqu'à l'apport de la preuve de la stabilisation (titularisation, CDI, limiter recours au CDD court sur des postes vacants) des équipes de l'établissement, en	6 mois

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Décision de la LD de l'inspection	Etat d'avancée des prescriptions	Décision après la visite de suite d'inspection	Délai de mise en œuvre après suite
	particulier sur les postes de soins (comme décrit plus haut) (Remarque N°33).  Texte de référence : L242-8 code du travail			parfois des contradictions dans les dates  Néanmoins il apparaît aussi que plusieurs postes clés sont pourvus en CDD : [redacted] De même [redacted] n'occupe pas son poste en plein exercice mais « par intérim » au vu du dernier avenant à son contrat de travail (avenant précisant « par intérim pour une période d'un an prolongeable en fonction des besoins du service »).	<b>particulier sur les postes « stratégiques » de l'établissement.</b>	
Presc 22	(PEC) Soins  La mission constate que la rédaction de certains protocoles (ou procédures) de soins transmis risque de rendre difficile l'appropriation des protocoles par les personnels en charge de les appliquer, notamment concernant : l'identification de la situation cible (ou de l'objectif cible) de la procédure (e.g. : le « protocole directives anticipées.pdf » est relatif aux prescriptions médicales anticipées et non à la rédaction des souhaits du résident relatifs à sa fin de vie), la date de mise en application du protocole (en particulier si d'autres protocoles sur la même thématique existent, e.g. « Protocole Distribution.pdf »), les professionnels concernés, les	Rédiger des procédures et protocoles de soins permettant leur appropriation optimale par les professionnels.	Maintenue dans l'attente de l'organisation de formation et/ou réunion de sensibilisation à l'attention des personnels.	Les procédures et protocoles ne sont pas validées et signées par le [redacted]. Par ailleurs, il n'y a d'indication que ces derniers ont fait l'objet d'actions de sensibilisations auprès du personnel.	<b>DECISION : Maintenue jusqu' à la transmission de preuves d'actions de sensibilisation sur les procédures et protocoles de soins de l'établissement</b>	<b>3 mois</b>

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Décision de la LD de l'inspection	Etat d'avancée des prescriptions	Décision après la visite de suite d'inspection	Délai de mise en œuvre après suite
		<p>objectifs de soins à atteindre, la mise en place des conditions favorables de soins, l'explicitation de l'ensemble des actions attendues des professionnels impliqués, ... (Remarque N°76).</p> <p>La mission a souligné le risque de difficulté d'appropriation du protocole relatif à la distribution des médicaments par les personnels en charge de l'appliquer en raison de la qualité de sa rédaction (Remarque N°96).</p> <p>La mission a souligné le risque de difficulté d'appropriation du protocole de dépistage de la douleur par les personnels en charge de l'appliquer en raison de la qualité de sa rédaction (Remarque N°99).</p> <p>la mission a souligné le risque de difficulté d'appropriation des protocoles de prise en charge en soins palliatifs par les personnels en charge de les appliquer en raison de la qualité de sa rédaction (Remarque N°104).</p>					
Presc 23	(PEC) Soins	<p>L'établissement n'a pas transmis la liste de « médicaments non écrasables et des gélules non ouvrables » en vigueur dans l'établissement le jour de la visite sur site (Remarque N°93).</p> <p>L'■■■■■ indique que l'établissement ne dispose pas de protocole de broyage des médicaments (Remarque N°94).</p> <p>Texte de référence : Réf : Guide « Sécurisation du circuit du médicament EHPAD mise à jour Sept 2017 », ARS-ARA, septembre 2017</p> <p>Réf : Guide de bonne pratique en EHPAD P.11</p>	Elaborer et transmettre la liste des médicaments non écrasables et des gélules non ouvrables, ainsi que le protocole de broyage des médicaments.	Maintenue		<p><b><u>DECISION :</u> Maintenue jusqu' à transmission de la liste des médicaments non écrasables et des gélules non ouvrables ainsi que le protocole de broyage des médicaments</b></p>	<b>3 mois</b>



Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Décision de la LD de l'inspection	Etat d'avancée des prescriptions	Décision après la visite de suite d'inspection	Délai de mise en œuvre après suite
	Liste des comprimés ne pouvant être broyés et des gélules ne pouvant être ouvertes a été établie et mise à jour en juin 2015 par l'Omédit de Haute-Normandie et la Société Française de Haute-Normandie et la Société Française de Pharmacie Clinique					

**Recommandations :**

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Etat d'avancée des prescriptions	Décision après la visite de suite d'inspection
Reco 1	1.1- Gouvernance-Conformité aux décisions de l'autorisation ou de la déclaration	La mission d'inspection n'a pas été destinataire des délibérations de créations du [REDACTED] et du [REDACTED] (Remarque N°1).	Transmettre les délibérations concernant la création du [REDACTED].	Aucune transmission de documents a été réalisée à ce jour.	<b>MAINTENUE</b>
Reco 2	(G) Management et Stratégie	Les noms des personnels ne sont pas inscrits sur l'organigramme (Remarque N°5).  La mission constate que l'organigramme n'est pas affiché le jour de la visite (Remarque N°6).	La direction doit élaborer un organigramme faisant apparaître les noms des personnels et s'assurer de son affichage au sein de l'établissement.	Deux organigrammes différents sont affichés au sein de l'établissement. La version actualisée ne fait pas apparaître les noms des personnels	<b>MAINTENUE</b>
Reco 3	(G) Management et Stratégie	Malgré plusieurs demandes, la mission n'a pas été destinataire des compte-rendu du CODIR et n'a pas eu de précision sur l'organisation de ses réunions (Remarque N°7).	Transmettre les compte-rendu de CODIR.	Aucune transmission de documents a été réalisée à ce jour.	<b>MAINTENUE</b>

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Etat d'avancée des prescriptions	Décision après la visite de suite d'inspection
Reco 4	(G) Management et Stratégie	Les diplômes [REDACTED] n'ont pas été transmis à la mission d'inspection (Remarque N°9).	Transmettre les diplômes du [REDACTED] de l'EHPAD.	LEVEE AVANT LA VISITE DE SUITE D'INSPECTION	<b>LEVEE</b>
Reco 5	(G) Management et Stratégie	La mission constate qu'aucun planning d'astreinte n'est affiché le jour de la mission (Remarque N°10). Malgré plusieurs relances, la direction de l'EHPAD n'a pas transmis de planning des astreintes (Remarque N°11). Certains affichages des numéros internes ne sont pas mis à jour (e.g. nom et numéro de téléphone du MEDCO, de l'IDEC) (Remarque N°118).	La direction doit s'assurer que le planning des astreintes à jour est affiché dans l'établissement et le transmettre à la mission d'inspection.	Le planning des astreintes administratives est affiché. Néanmoins, le personnel ne semble pas le connaître	<b>LEVEE PARTIELLEMENT</b>
Reco 6	(G) Management et Stratégie	La fiche de poste de l'[REDACTED] transmise n'est pas signée des deux parties (Remarque N°14).	Transmettre la fiche de poste de l'[REDACTED] signée par les deux parties.	Le dossier personnel de l'[REDACTED] ne comprend pas de fiche de poste	<b>MAINTENUE</b>
Reco 7	(G) Animation et fonctionnement des instances	Compte tenu de la vacance de poste de direction et du flou persistant dans l'organisation globale de l'établissement, la mission n'a pas été en capacité de savoir qui fixait les ordres du jour des CVS et qui était en charge de leur rédaction (Remarque N°16).	Etablir une procédure d'organisation des CVS, prévoyant notamment la fixation des ordres du jour et de la rédaction des compte-rendu.	En raison de l'arrivée récente de la direction actuelle, la recommandation est toujours d'actualité	<b>MAINTENUE</b>
Reco 8	(FS) Gestion des RH	Les différentes données transmises par l'établissement (tableaux des effectifs, diplômes....) ont révélé des incohérences dans la gestion des effectifs. Les personnels identifiés comme personnel de nuit, sont également identifiés dans le tableau des effectifs, comme personnel de jour (Remarque N°29). Au jour de la visite contrairement à ce qui est indiqué dans le planning (juin 2023), sur [REDACTED] agents présents dédiés au soins, [REDACTED] sont vacataires, en CDD, ou étudiants en formation : - [REDACTED] IDE en CDD faisant fonction D'[REDACTED], - [REDACTED] IDE en formation en 1ière année, - [REDACTED] vacataire AS appelé le jour même en renfort,	La direction doit mettre en place une gestion des effectifs permettant la stabilité et la compétence des équipes, avec notamment l'identification et la clarification des postes et des responsabilités pour chaque agent.	L'analyse d'une partie des dossiers du personnel montre que le recours à des contrats courts sont réguliers. Par ailleurs, la liste des personnels présents le jour de la mission indique que les postes ayant un impact sur le fonctionnement de l'établissement sont en CDD ([REDACTED] [REDACTED])	<b>MAINTENUE</b>



	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Etat d'avancée des prescriptions	Décision après la visite de suite d'inspection
		- stagiaire ASSP faisant fonction d'AS/auxiliaire en soin (Remarque N°31).		[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]), et pour certains sur des contrats d'une durée d'un an maximum ([REDACTED] [REDACTED])	
Reco 9	(FS) Gestion des RH	En l'absence de transmission du tableau des effectifs ETP pourvus/non pourvus, la quotité réelle des AS et IDE, auxiliaire de soins en CDI/CDD/vacataires pour calculer le ratio d'encadrement en soin n'a pas pu être vérifiée par la mission d'inspection (Remarque N°30).	Transmettre le tableau des effectifs précisant les ETP pourvus/non pourvus, la quotité réelle des IDE/AS/AES et les types de contrats.	Aucune transmission de documents a été réalisée à ce jour.	<b>MAINTENUE</b>
Reco 10	(FS) Gestion des RH	L'établissement n'a pas mis en place un suivi du taux de rotation et du taux d'absentéisme (Remarque N°34). Il n'y a pas de procédure pour organiser les remplacements (Remarque N°38).  Textes de référence : L311-3 1° et L311-3 3 CASF	Mettre en place un suivi du taux de rotation et du taux d'absentéisme et une procédure pour organiser les remplacements des personnels absents.	Ce point n'a pas été recontrôlé par la mission d'inspection	<b>MAINTENUE</b>
Reco 11	(FS) Gestion des RH	Les plannings communiqués par catégories de professionnels/par étage ne sont pas clairs. Les codes horaires communiqués par l'établissement ne permettent pas d'avoir une lisibilité de l'amplitude horaire/présence des personnels par étage sur les plannings (Remarque N°35). La construction des plannings ne reflète pas la présence effective des personnels (Remarque N°36).	La direction doit s'assurer que la construction des plannings des personnels soignants soit en cohérence avec les effectifs présents dans la structure.	Ce point n'a pas été recontrôlé par la mission d'inspection	<b>MAINTENUE</b>
Reco 12	(FS) Gestion des RH	La direction n'a pas transmis de fiches de postes d'AS et d'ASH, et d'AMP à la mission (Remarque N°37).	Transmettre les fiches de postes de tous les personnels dédiés aux soins des résidents.	Aucune transmission de documents a été réalisée à ce jour.	<b>MAINTENUE</b>
Reco 13	(FS) Gestion budgétaire et financière	L'établissement n'a pas poursuivi son effort de développement de procédures budgétaires et financières nécessaires au bon fonctionnement de l'établissement (Remarque N°39).	Poursuivre l'effort de développement de procédures budgétaires et financières nécessaires au bon fonctionnement de l'établissement, engagé par la direction en place au jour de la visite.	Ce point n'a pas été recontrôlé par la mission d'inspection	<b>MAINTENUE</b>



	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Etat d'avancée des prescriptions	Décision après la visite de suite d'inspection
Reco 14	(FS) Gestion budgétaire et financière	L'établissement ne réalise pas la facturation de manière régulière et ne la transmet pas aux familles et aux organismes financeurs (Remarque N°40).	Mettre en place une procédure permettant d'établir la facturation des résidents de manière régulière et de la transmettre aux familles et autres organismes financeurs dans les délais impartis.	Ce point n'a pas été formellement recontrôlé par la mission d'inspection, mais le Département constate que ce point est toujours un sujet à ce jour	<b>MAINTENUE</b>
Reco 15	(FS) Gestion budgétaire et financière	L'établissement n'a pas réglé ses dettes fournisseurs, sociales et patronales dans des délais corrects (Remarque N°41).	Elaborer une procédure permettant le paiement des fournisseurs et de charges sociales et patronales dans les délais impartis.	Ce point n'a pas été recontrôlé par la mission d'inspection	<b>MAINTENUE</b>
Reco 16	(FS) Gestion d'informations	L'établissement n'a pas renseigné le tableau de bord de la performance de l'ANAP (Remarque N°42).	La direction doit procéder au renseignement des données de l'établissement sur le tableau de bord de la performance de l'ANAP.	Ce point n'a pas été recontrôlé par la mission d'inspection	<b>MAINTENUE</b>
Reco 17	(FS) Gestion d'informations	La mission constate que le jour de la visite, aucun personnel ne lui a demandé de remplir le registre des entrées et sorties (Remarque N°43).	La direction doit s'assurer que les visiteurs remplissent le registre des entrées et sorties.	Il n'a pas été demandé à la mission de remplir le registre des entrées et sorties	<b>MAINTENUE</b>
Reco 18	(FS) Gestion d'informations	La mission constate que des dossiers administratifs des résidents contiennent des informations à caractère médical (Remarque N°44). Des pièces qui devraient figurer dans le dossier sont absentes (accord sur les droits à l'image, autorisation de sortie, désignation de la personne de confiance) (Remarque N°45). Les dossiers administratifs des résidents ne comprennent pas les PAI, les directives anticipées et les CR de réunions de synthèse du résident (Remarque N°46).  Texte de référence : L1111-6 CSP	Le [REDACTED] de l'établissement doit s'assurer que les dossiers administratifs des résidents ne contiennent aucune donnée à caractère médical.  Le [REDACTED] de l'établissement doit s'assurer que les dossiers administratifs des résidents contiennent toutes les pièces nécessaires au bon suivi administratif des résidents (droits à l'image, PAI, autorisation de sortie, désignation de la personne de confiance....).	Ce point n'a pas été recontrôlé par la mission d'inspection	<b>MAINTENUE</b>
Reco 19	(FS) Gestion d'informations	L'[REDACTED] indique à la mission que l'établissement ne dispose pas de procédure concernant le classement des documents dans les dossiers médicaux des résidents sous format papier (Remarque N°47).	Elaborer une procédure concernant le classement des documents dans les dossiers médicaux des résidents sous format papier.	Ce point n'a pas été recontrôlé par la mission d'inspection	<b>MAINTENUE</b>

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Etat d'avancée des prescriptions	Décision après la visite de suite d'inspection
Reco 20	(FS) Gestion d'informations	La mission constate le jour de la visite l'affichage devant l'ordinateur de l'infirmerie de codes d'accès partagés (e.g. « AS vacataires de nuit », « AS vacataires de jour ») ce qui est contraire à la procédure décrite par l'■■■■ relative à l'attribution d'un accès au logiciel de soins individuel et identifié pour chaque soignant (Remarque N°48).	L'■■■■ doit s'assurer que les codes d'accès partagés au logiciel de nuit ne sont pas visible conformément à la procédure mise en place.	Ce point n'a pas été recontrôlé par la mission d'inspection	<b>MAINTENUE</b>
Reco 21	(FS) Gestion d'informations	L'■■■■ indique à la mission qu'il n'y a pas de formation formalisée au logiciel de soins prévue pour les nouveaux professionnels qui sont formés par leurs pairs (AS par AS, IDE par IDE) présents dans l'établissement lors leur prise de poste L'■■■■ précise à la mission qu'elle ignore les modalités de formation des médecins à ■■■■ (Remarque N°49)..	La direction doit mettre en place une formation formalisée au logiciel de soins (y compris les médecins traitants).	Ce point n'a pas été recontrôlé par la mission d'inspection	<b>MAINTENUE</b>
Reco 22	(FS) Gestion d'informations	L'■■■■ indique à la mission que l'établissement ne dispose pas de procédure dégradée permettant d'avoir accès aux données de santé des résidents collectées dans le dossier numérique en cas de non-possibilité d'accès au logiciel de soins (e.g. panne informatique). Ce manquement est contraire à l'obligation pour l'établissement de s'assurer de la continuité des soins, notamment dans le cadre de la mise en place de plans de continuité et de reprise d'activités (Remarque N°50).	Mettre en place une procédure dégradée permettant d'avoir accès aux données de santé des résidents collectées dans le dossier numérique en cas de non-possibilité d'accès au logiciel de soins en cas de panne informatique.	Ce point n'a pas été recontrôlé par la mission d'inspection	<b>MAINTENUE</b>
Reco 23	(FS) Gestion d'informations	Lors de l'examen de l'échantillon de dossiers la mission, accompagnée par l'■■■■, a constaté dans les dossiers examinés : -Absence de PPI dans le dossier médical et de soins, -Absence de synthèse médicale régulièrement actualisée, -Dans certains des dossiers de résidents examinés, le plan journalier d'administration des médicaments n'est pas toujours validé, ou l'est partiellement certains jours, -Dans certains des dossiers de résidents examinés, les plans de soins journaliers, en particulier les plans de soins AS, ne sont pas toujours validés, ou le sont partiellement certains jours,	Le ■■■■ doit s'assurer de la complétude des dossiers médicaux des résidents.	Ce point n'a pas été recontrôlé par la mission d'inspection	<b>MAINTENUE</b>



	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Etat d'avancée des prescriptions	Décision après la visite de suite d'inspection
		-Dans certains dossiers patients examinés, au regard des poids reportés, la pesée n'est pas réalisée tous les mois, ce qui n'est pas conforme aux RBPP en matière de prévention et de prise en charge de la dénutrition, -Une insuffisance et/ou une irrégularité des transmissions soignantes relatives aux soins (e.g. dans un des dossiers patients analysés, l'■■■■■ constate avec la mission que la dernière transmission AS date de plus de deux mois et demi alors que l'■■■■■ indique que des soins ont été programmés pour le résident au cours de cette période) (Remarque N°51).			
Reco 24	(FS) Bâtiments, espaces extérieurs, équipements	En l'absence de la transmission d'un document de suivi des réparations et petits travaux, la mission n'a pas pu vérifier leur effectivité (Remarque N°53).	Elaborer et transmettre un document de suivi des réparations et petits travaux.	Aucune transmission de documents a été réalisée à ce jour.	<b>MAINTENUE</b>
Reco 25	(FS) Bâtiments, espaces extérieurs, équipements	L'établissement ne réalise pas une évaluation régulière de l'entretien du linge (Remarque N°54).	Elaborer et transmettre une procédure d'évaluation régulière de l'entretien du linge.	Aucune transmission de documents a été réalisée à ce jour.	<b>MAINTENUE</b>
Reco 26	(FS) Sécurités	L'établissement n'a pas transmis les procédures relatives à la collecte et à l'élimination des DASRI au sein de l'établissement (Remarque N°55).	Elaborer et transmettre les procédures relatives à la collecte et à l'élimination des DASRI au sein de l'établissement.	Aucune transmission de documents a été réalisée à ce jour.	<b>MAINTENUE</b>
Reco 27	(FS) Sécurités	L'établissement n'a pas transmis à la mission la liste des résidents vaccinés contre la maladie COVID, ni celle des résidents vaccinés contre la grippe saisonnière (Remarque N°56).	Transmettre la liste des résidents vaccinés contre la maladie COVID et des résidents vaccinés contre la grippe saisonnière.	Aucune transmission de documents a été réalisée à ce jour.	<b>MAINTENUE</b>
Reco 28	(FS) Sécurités	La mission a constaté que le fonctionnement et l'organisation de l'accueil rend compliqué la circulation des personnes en dehors des horaires de présence des agents d'accueil, ce qui peut être une entrave à la liberté d'aller et venir dans l'établissement des résidents et de leurs proches (Remarque N°57).	La direction doit s'assurer que le principe de liberté d'aller et venir dans l'établissement n'est pas entravée par l'organisation et le fonctionnement de l'accueil.	Ce point n'a pas été recontrôlé par la mission d'inspection	<b>MAINTENUE</b>

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Etat d'avancée des prescriptions	Décision après la visite de suite d'inspection
Reco 29	(PEC) rganisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	La mission constate que le document « contrat de séjour » doit être actualisé, notamment pour ce qui concerne la déclinaison des fonctions des professionnels afin de permettre au public d'identifier les personnels qu'il est amené à rencontrer (e.g. Infirmier(ère) coordinateur (trice) et non infirmier(ère) chef) (Remarque N°58).	La direction doit procéder à l'actualisation du contrat de séjour.	Ce point n'a pas été recontrôlé par la mission d'inspection	<b>MAINTENUE</b>
Reco 30	(PEC) Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	L'établissement n'a pas transmis les contrats des médecins traitants intervenant à l'EHPAD (Remarque N°59).	Transmettre les contrats des médecins traitants.	Aucune transmission de documents a été réalisée à ce jour.	<b>MAINTENUE</b>
Reco 31	(PEC) Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Bien que l'■■■■■ indique que les médecins traitants des autres résidents pallient, ponctuellement en cas de besoin, sur sollicitation des ■■■■, l'absence de désignation de médecin traitant pour ■ résidents, l'absence de ■■■■ conjugquée à celle de ■■■■ ne permettent pas un suivi médical de qualité et optimal pour les résidents qui n'ont pas de médecin traitant (Remarque N°60).	La direction doit s'assurer que tous les résidents ont un médecin traitant.	Aucune transmission de documents a été réalisée à ce jour.	<b>MAINTENUE</b>
Reco 32	(PEC) Respect des droits et des personnes	Si le règlement de fonctionnement de l'EHPAD les Quatre Saisons prévoit la mise en place d'enquêtes de satisfaction auprès des résidents, ■■■■ a indiqué à la mission que celles-ci n'ont pas été réalisées depuis son arrivée (Remarque N°61).	La direction doit remettre en place les enquêtes de satisfaction auprès des résidents.	Ce point n'a pas été recontrôlé par la mission d'inspection	<b>MAINTENUE</b>
Reco 33	(PEC) Respect des droits et des personnes	L'établissement n'a pas transmis : - le protocole relatif à l'usage de la contention chez les résidents, - L'accord du résident et/ou de sa famille, s'il est recueilli, n'est pas tracé, - Les contentions ne sont pas régulièrement évaluées ce qui est contraire aux RBPP,	Transmettre le protocole relatif à l'usage de la contention comprenant le recueil de l'accord du résident et/ou de sa famille, l'évaluation des contentions.  Transmettre la liste des résidents sous contention.	Aucune transmission de documents a été réalisée à ce jour.	<b>MAINTENUE</b>



	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Etat d'avancée des prescriptions	Décision après la visite de suite d'inspection
		- L'établissement n'a pas transmis à la mission la liste des résidents sous contention et les types de contentions les concernant (Remarque N°62).			
Reco 34	(PEC) Vie sociale et relationnelle	L'établissement ne veille pas à l'affichage de la programmation mensuelle des animations (Remarque N°64).	La direction doit s'assurer de l'affichage du programme mensuelle des animations.	Le dernier programme d'animation est affiché à l'accueil de l'établissement	<b>LEVEE</b>
Reco 35	(PEC) Vie quotidienne - Hébergement	L'établissement n'a pas réalisé une évaluation régulière de la restauration (Remarque N°66). L'établissement n'a pas organisé de commissions des menus durant des mois avant l'arrivée de [REDACTED] (Remarque N°67).	La direction doit remettre en place les commissions des menus et réaliser une évaluation régulière de la restauration.	Ce point n'a pas été recontrôlé par la mission d'inspection	<b>MAINTENUE</b>
Reco 36	(PEC) Vie quotidienne - Hébergement	L[REDACTED] n'est pas partie prenante du suivi des régimes, textures et ajouts de compléments nutritionnels des résidents (Remarque N°68). Le service de restauration n'est pas intégré à la démarche d'identification et de suivi des résidents dénutris (Remarque N°70).	L[REDACTED] doit être partie prenante du suivi des régimes, textures et ajouts de compléments nutritionnels des résidents.	Ce point n'a pas été recontrôlé par la mission d'inspection	<b>MAINTENUE</b>
Reco 37	(PEC) Vie quotidienne - Hébergement	Il est apparu que les repas pouvaient manquer d'aliments périphériques (pain, vin,...) du fait de problème de livraison, conséquent à des retards de paiement de fournisseurs de denrées (Remarque N°69).  Textes de référence : HAS reco 2007, HAS reco 10 novembre 2021 14 besoins fondamentaux selon Virginia Henderson	La direction doit veiller à la continuité des livraisons des denrées alimentaires, notamment en payant ces fournisseurs dans des délais raisonnables.	Ce point n'a pas été recontrôlé par la mission d'inspection	<b>MAINTENUE</b>
Reco 38	(PEC) Vie quotidienne - Hébergement	L'ensemble des résidents ne fait pas l'objet d'une observance lors des repas, y compris les plus autonomes, en particulier sur la consommation de leurs rations alimentaires (Remarque N°71). L'établissement n'a pas mis en place de procédure d'aide aux repas (Remarque N°72).	La direction doit élaborer une procédure d'aide au repas et d'observance des repas des résidents les plus autonomes et des résidents moins autonomes.	Ce point n'a pas été recontrôlé par la mission d'inspection	<b>MAINTENUE</b>
Reco 39	(PEC) Vie quotidienne - Hébergement	L'établissement ne propose pas de formation sur la déglutition à ses agents (Remarque N°73).	La direction doit organiser des formations sur la déglutition.	L'établissement n'a pas mis en place de plan de formation sur 2024	<b>MAINTENUE</b>

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Etat d'avancée des prescriptions	Décision après la visite de suite d'inspection
Reco 40	(PEC) Soins	La mission constate que la mise en œuvre des procédures élaborées par le [REDACTED] est prévue en [REDACTED]. Il apparaît souhaitable qu'une information/formation interne concernant les protocoles et les procédures de soins soit dispensée aux personnels de soins en charge de les mettre en œuvre en vue de leur appropriation par ces professionnels avec une évaluation des pratiques à distance de la formation (Remarque N°77).	Organiser des formations/informations internes concernant les protocoles et les procédures de soins à l'attention des personnels en vue de leur appropriation par ces professionnels avec une évaluation des pratiques à distance de la formation.	L'établissement n'a pas mis en place de plan de formation sur [REDACTED]. Aucune action de sensibilisation n'a été portée à l'attention de la mission d'inspection.	<b>MAINTENUE</b>
Reco 41	(PEC) Soins	L'[REDACTED] indique que la traçabilité des soins est effectuée de manière différée car les personnels ne disposent pas de tablettes ou d'ordinateurs sur les chariots dédiés aux soins ou à la distribution des médicaments (Remarque N°78).  La validation de manière différée de l'administration des médicaments n'est pas optimale et fait courir un risque en matière de sécurité de la prise en charge médicamenteuse (risque d'erreur lié à un défaut dans la procédure de soins) (Remarque N°92).	Le [REDACTED] doit s'assurer de la validation en temps réel de l'administration des médicaments et la direction doit mettre à disposition du personnel le matériel informatique adéquat.	Ce point n'a pas été recontrôlé par la mission d'inspection	<b>MAINTENUE</b>
Reco 42	(PEC) Soins	La mission constate le jour de la visite sur site que deux produits multi-dose, se trouvant dans le tiroir à médicaments individuel d'un résident, dans le chariot de distribution des médicaments ne comportent pas : le nom du patient, la date d'ouverture, la date de péremption. Par ailleurs le produit est ouvert (Remarque N°79).  De plus, le tiroir à médicament contient deux dispositifs doseurs (pipettes) de capacités différentes dont l'usage n'est pas identifié. Outre la défaillance dans les mesures d'hygiène à respecter en matière de stockage et d'utilisation de produits médicamenteux, ce manquement aux RBPP relatif à l'usage des produits multi-usage entraîne un risque en matière de pharmacovigilance (erreur médicamenteuse par un mésusage d'un dispositif doseur dont les graduations ne correspondent pas à celle du dispositif doseur dédié au flacon de médicament utilisé (Remarque N°80).	Le [REDACTED] doit s'assurer que l'usage des médicaments est bien identifié et contiennent les informations de date d'ouverture, de péremption.  Il doit également s'assurer du respect des procédures d'hygiène en matière de stockage et d'utilisation de produits médicamenteux et éviter tout risque d'erreur médicamenteuse en mettant en place des protocoles et procédures respectant les RBPP relatives aux règles de pharmacovigilance.  [REDACTED] doit s'assurer de la bonne fermeture des produits à multi-usage.	Ce point n'a pas été recontrôlé par la mission d'inspection	<b>MAINTENUE</b>



	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Etat d'avancée des prescriptions	Décision après la visite de suite d'inspection
		<p>Un sondage réalisé par la mission a montré, dans le chariot à médicaments et dans l'armoire à médicaments, dans le tiroir de résidents, des produits multi-usage ouverts sans identification du résident et sans indication de la date d'ouverture et de la date de péremption (Remarque N°81).</p> <p>Un sondage réalisé par la mission dans les bacs dédiés au rangement des produits utilisés pour les soins infirmiers montre que des produits antiseptiques multi-dose ont une date d'ouverture de plus d'un mois (cf. photo ci-dessous) et/ou sont rangés dans de mauvaises conditions de conservation (flacon avec opercule ouvert), ces conditions ne garantissent pas l'intégrité de ces produits (Remarque N°84).</p>			
Reco 43	(PEC) Soins	L'■■■■ précise à la mission d'inspection qu'elle ignore les modalités de formation des médecins à ■■■■ (Remarque N° 86).	Transmettre les modalités de formation des médecins traitant intervenant dans l'EHPAD au logiciel de soins.	Aucune transmission de documents a été réalisée à ce jour.	<b>MAINTENUE</b>
Reco 44	(PEC) Soins	L'entretien de la mission avec l'■■■■ souligne que si l'établissement dispose de ces procédures écrites, celles-ci ne sont pas connues par les professionnels en charge de les mettre en œuvre, l'■■■■ précisant que les process suivis qu'elle a décrit à la mission sont transmis de manière orale aux professionnels (en particulier les professionnels nouveaux-arrivants) (Remarque N° 88).	La direction doit organiser des formations permettant l'appropriation des procédures écrites par les professionnels en charge de les mettre en œuvre.	L'établissement n'a pas mis en place de plan de formation sur ■■■■. Aucune action de sensibilisation n'a été portée à l'attention de la mission d'inspection.	<b>MAINTENUE</b>
Reco 45	(PEC) Soins	<p>Les modalités de traçabilité de l'inventaire du contenu du stock tampon (corrections manuscrites avec chiffres raturés, ...) rendent difficile l'appréciation du nombre de produits effectivement présents dans ce stock, ce qui constitue un risque pour la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents. Ces produits étant destinés à répondre à des besoins de soins prescrits en urgence (cf. photo ci-dessous) (Remarque N° 89).</p> <p>La mission constate que la dernière vérification du stock tampon est datée du ■■■■ (cf. photo ci-dessous). L'absence de vérification régulière et tracée</p>	Le ■■■■ doit s'assurer que les modalités de traçabilité de l'inventaire du stock tampon sont efficaces.	Ce point n'a pas été recontrôlé par la mission d'inspection	<b>MAINTENUE</b>

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Etat d'avancée des prescriptions	Décision après la visite de suite d'inspection
		du stock tampon est contraire aux RBPP et entraîne des risques pour la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents (Remarque N° 90).			
Reco 46	(PEC) Soins	La mission note l'absence de support de traçabilité de la vérification des médicaments livrés par l'officine, des problèmes dans cette livraison et des actions correctrices demandées et réalisées. De même elle note l'absence de support de traçabilité de la préparation des chariots de distribution de médicaments par les ■■■ à l'EHPAD (Remarque N° 91).	Elaborer et transmettre : - le support de traçabilité de la vérification des médicaments livrés par l'officine, des problèmes dans cette livraison et des actions correctrices demandées et réalisées, - le support de traçabilité de la préparation des chariots de distribution de médicaments par les ■■■ à l'EHPAD.	Aucune transmission de documents a été réalisée à ce jour.	<b>MAINTENUE</b>
Reco 47	(PEC) Soins	La mission constate qu'un chariot de distribution de médicament ne peut pas être verrouillé (mécanisme de fermeture cassé) (Remarque N° 92).	La direction doit s'assurer que le chariot de distribution de médicament est bien verrouillé.	Ce point n'a pas été recontrôlé par la mission d'inspection	<b>MAINTENUE</b>
Reco 48	(PEC) Soins	L'établissement n'a pas mis en place d'évaluation systématique de la douleur pour tous les résidents (en incluant les résidents n'ayant pas de plainte spontanée) en vue d'une prévention primaire et/ou secondaire ou de la prise en charge précoce de la douleur (Remarque N° 103).	Mettre en place une évaluation systématique de la douleur pour tous les résidents (en incluant les résidents n'ayant pas de plainte spontanée).	Ce point n'a pas été recontrôlé par la mission d'inspection	<b>MAINTENUE</b>
Reco 49	(PEC) Soins	Concernant la prévention et la prise en charge des chutes au niveau de l'établissement, la mission constate que : - Il n'est pas réalisé, au niveau de l'établissement, une analyse régulière des chutes survenues chez l'ensemble des résidents dans le cadre d'une démarche de qualité d'évaluation et de prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées et visant à améliorer le repérage précoce des risques de chutes au sein de l'EHPAD - L'établissement n'a pas transmis le bilan quantitatif des chutes pour l'année ■■■■ (Remarque N° 109).	Elaborer une analyse régulière des chutes survenues chez l'ensemble des résidents et transmettre le bilan quantitatif des chutes pour l'année ■■■■ et le ■■■■	Aucune transmission de documents a été réalisée à ce jour.	<b>MAINTENUE</b>
Reco 50	(PEC) Soins	L'analyse par la mission d'un échantillon de dossiers médicaux montre que contrairement aux RBPP et au protocole de l'établissement, tous les résidents ne	Le ■■■■ doit s'assurer du respect des RBPP en matière de stratégie de prévention, dépistage et de prise en charge des problèmes de nutrition chez les	Ce point n'a pas été recontrôlé par la mission d'inspection	<b>MAINTENUE</b>



	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Etat d'avancée des prescriptions	Décision après la visite de suite d'inspection
		sont pas pesés systématiquement au moins une fois par mois au cours de leur séjour à l'EHPAD (Remarque N° 110).	résidents, et en particulier veiller à la pesée systématique au moins une fois par mois des résidents au cours de leur séjour à l'EHPAD.		
Reco 51	(PEC) Soins	L'EHPAD n'a pas transmis la liste des résidents présentant des troubles trophiques et le type de soins dispensés pour chacun d'eux (Remarque N° 111). Par ailleurs, l'■■■■ n'a pas pu indiquer à la mission le nombre précis de résidents présentant ce type de pathologies (Remarque N° 112).	Transmettre la liste des résidents présentant des troubles trophiques et le type de soins dispensés pour chacun d'eux.	Aucune transmission de documents a été réalisée à ce jour.	<b>MAINTENUE</b>
Reco 52	(PEC) Soins	La mission constate le jour de l'inspection qu'une ■■■■ est présente seule dans l'infirmerie contrairement aux règles établies par l'établissement relative à la restriction de l'accès au local « infirmerie » et précisées à la mission au cours de son entretien par l'■■■■, à savoir que les ■■■■ ne viennent dans l'infirmerie qu'en présence d'une ■■■■ (Remarque N° 116).	Le ■■■■ doit s'assurer que les règles établies par l'établissement relative à la restriction de l'accès au local « infirmerie » sont bien respectées.	La mission constate, au jour de la suite d'inspection, que l'accès à l'infirmerie n'est toujours pas limité aux personnels habilités.	<b>MAINTENUE</b>
Reco 53	(PEC) Soins	Le distributeur de papier près du plan d'eau est vide (absence de rouleau de papier à usage unique), ce qui fait courir le risque de non-respect de l'hygiène des mains, notamment lors de la préparation des soins (préparation des médicaments, des matériels et dispositifs de soins (Remarque N° 117).	Le ■■■■ doit s'assurer que les règles d'hygiène des mains sont bien respectées.	Ce point n'a pas été recontrôlé par la mission d'inspection	<b>MAINTENUE</b>
Reco 54	(PEC) Soins	Le carton collecteur ■■■■ ne comporte pas d'étiquette (ou d'annotations sur le carton) d'identification (nom EHPAD, date de mise en service, ...)(Remarque N° 118).	Le ■■■■ doit s'assurer du respect des procédures d'élimination des DASRI	Ce point n'a pas été recontrôlé par la mission d'inspection	<b>MAINTENUE</b>
Reco 55	(PEC) Soins	Lors de la visite, la mission constate l'absence de support de relevés des températures du réfrigérateur dédié à la conservation des produits thermosensibles. Ce manquement aux règles de contrôle du dispositif de la chaîne du froid et de la traçabilité pharmaceutique fait courir un risque quant à la sécurité et à l'intégrité des produits conservés dans le réfrigérateur (Remarque N° 119).	Le ■■■■ doit s'assurer du respect des procédures relatives à la conservation des produits pharmaceutiques thermosensibles.	Ce point n'a pas été recontrôlé par la mission d'inspection	<b>MAINTENUE</b>
Reco 56	(PEC) Soins	L'■■■■ précise qu'avant d'être cassée la clé de l'armoire à médicaments était rangée dans un boîtier lui-même rangé dans un des chariots de distribution des médicaments. La mission observe que ce choix de rangement n'est pas optimal	Le ■■■■ et la direction doivent s'assurer du respect de la sécurisation des dispositifs de rangement des médicaments.	Ce point n'a pas été recontrôlé par la mission d'inspection	<b>MAINTENUE</b>

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Etat d'avancée des prescriptions	Décision après la visite de suite d'inspection
		et fait courir des risques quant à la sécurisation de la clé de l'armoire dédiée aux médicaments des résidents ; l'usage d'une boîte à clé sécurisée installée à l'infirmerie, fixée sur un support solide (mur par exemple) avec un dispositif de verrouillage connu des seuls professionnels autorisés ( ) apparaît plus sécurisée (Remarque N° 123).			
Reco 57	(PEC) Soins	Le DAE est installé dans un endroit dont l'accès est limité, et de ce fait n'est pas situé dans un emplacement visible du public et en permanence facile d'accès (Remarque N° 125).	Le DAE doit être installé dans un emplacement visible du public, dans un endroit en permanence facile d'accès.	Ce point n'a pas été recontrôlé par la mission d'inspection	<b>MAINTENUE</b>
Reco 58	(PEC) Soins	La convention avec le pédicure-podologue n'est pas signée (Remarque N° 128). Malgré plusieurs relances, la mission n'a pas été destinataire de convention avec un service à domicile (Remarque N° 129). La mission d'inspection n'a pas été destinataire de la convention de partenariat avec un réseau gériatrique (Remarque N° 130).	Transmettre la convention avec un pédicure-podologue signée et les conventions avec un service à domicile et un réseau gériatrique.	Aucune transmission de documents a été réalisée à ce jour.	<b>MAINTENUE</b>