

**Délégation départementale de Paris
Agence Régionale de Santé Île-de-France**

**Ville de Paris
Sous-direction de l'autonomie
Direction des solidarités**

Monsieur Laurent GUILLOT
Directeur Général
Groupe EMEIS
12 rue Jean Jaurès
92800 Puteaux

Ville de Paris
Direction des solidarités
Sous-direction de l'autonomie
Affaire suivie par :

Courriel : [redacted]@paris.fr

Courriel : [redacted]@paris.fr

Agence Régionale de Santé
Délégation départementale de Paris
Affaire suivie par : [redacted]
Courriel : [redacted]@ars.sante

Saint-Denis, 13 OCT. 2025

Lettre recommandée avec AR
N° 1 A 184 245 8352 8

Monsieur le Directeur Général,

Dans le cadre du plan national d'inspection et de contrôle des EHPAD, une inspection conjointe a été réalisée le 11 juillet 2024 sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF) au sein de l'EHPAD « Les Artistes de Batignolles » (n° FINESS 750048357) en inopiné par les services de la Ville de Paris et de l'Agence Régionale de Santé Île de France.

En application des articles L. 121-1 et L. 122-1 du Code des relations entre le public et l'administration, nous vous avons adressé le 8 avril 2025 le rapport que nous a remis la mission d'inspection. Nous envisagions de vous notifier dans cette phrase contradictoire deux injonctions, vingt-trois prescriptions et quatorze recommandations.

Vous nous avez transmis, le 22 mai 2025, des éléments de réponse détaillés, ce dont nous vous remercions.

Nous notons que des corrections ont été apportées concernant 3 prescriptions (prescriptions n°6, 16 et 23) et 6 recommandations (recommandations n°2, 3, 7, 8, 9 et 10).

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

Aussi, nous vous notifions à titre définitif 2 injonctions (dont une partiellement maintenue), 20 prescriptions (dont 8 partiellement maintenues) et 8 recommandations (dont une partiellement maintenue) en annexe du présent courrier.

Nous appelons votre attention sur la nécessité de transmettre à la Délégation départementale de l'ARS de Paris et à la Ville de Paris les éléments de preuve documentaire permettant le suivi des mesures

correctives et la levée des injonctions. Pour cela, veuillez utiliser la plateforme Bluefiles (<https://bluefiles.com/ars/ars-dd75-inspection-contrôle-sur-pieces>) pour l'ARS et communiquer les pièces par mail à la Ville de Paris (dsol-autonomie-inspection@paris.fr)

Nous vous rappelons que le constat de l'absence de mise en œuvre de chacune des mesures correctives dans les délais fixés et de persistance des risques ou manquements mis en cause, peut donner lieu, en application des dispositions des articles L. 313-14 et 16 ainsi que R313-25-1 à 3 du CASF à une astreinte journalière, à l'interdiction de gérer toute nouvelle autorisation prévue par le CASF, à l'application d'une sanction financière, à la mise sous administration provisoire ou à la suspension ou la cessation, totale ou partielle, de l'activité de l'établissement.

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

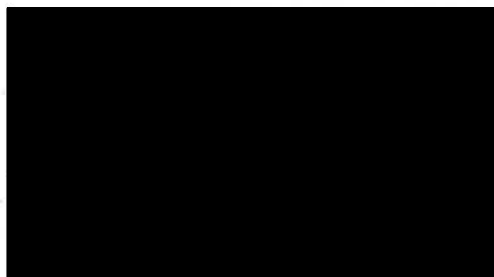
Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Directeur Général, l'expression de notre considération distinguée.

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

Pour la Maire de Paris et par délégation,

Le Directeur de la Délégation départementale de Paris

La Directrice des Solidarités



Copie :

Madame Hadjiretou TIMERA
Directrice
EHPAD Les Artistes de Batignolles
5 rue René Blum
75017 PARIS

Annexe : Décisions faisant suite à l'inspection réalisée le 11 juillet 2024 au sein de l'EHPAD BATIGNOLLES (n°FINESS 750048357), 75017 PARIS

	Injonction envisagée	Réf. Rapport	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision	Délai
I1	<p>Etablir la sécurisation et la traçabilité des médicaments et stupéfiants en :</p> <ol style="list-style-type: none"> Rédigeant une procédure fiable sécurisant les données individuelles des résidents tant sur l'entrée que la sortie des médicaments du coffre des stupéfiants, Ecrivant les dates de péremption sur les flacons de médicaments ouverts, 	<p>Écart 20 : Le poste de soins n'étant pas toujours fermé, la sécurité des dossiers des résidents ne peut pas être garantie, ce qui contrevient aux articles L1110-4 du CSP, R4127-45 du CSP et L311-3, 4° du CASF.</p> <p>Écart 27 : La traçabilité des stupéfiants n'a pas été présentée à la mission.</p> <p>Écart 29 : Une interdose de morphine doit être sortie du coffre au</p>	<p>Articles R5132-36 CSP (toute entrée/sortie de substances et de stupéfiants est inscrite dans un registre ou enregistrée par un système informatique spécifique), R5126-109 CSP (ESMS sans PUI, Stockage médicaments et/ou stupéfiants dans local, armoires R4312-38 CSP</p>	<p>L'établissement a fait des mises à jour sur la sécurité et la traçabilité des médicaments et des stupéfiants depuis la mission d'inspection du 11 juillet 2024 et réalisé des audits sur "l'évaluation du médicament" en août 2024 :</p> <ol style="list-style-type: none"> Concernant la sécurisation des données individuelles sur l'entrée et la sortie des médicaments, l'établissement a présenté en annexe 1, la procédure sur le circuit du médicament, les stupéfiants et assimilés en précisant les modalités de suivi du stock présent dans le coffre des stupéfiants. <p>Cette procédure est accompagnée de l'annexe 2 sur le support nominatif et individuel de suivi de l'administration et de la gestion des stupéfiants.</p>	<p>Injonction partiellement maintenue.</p> <p>Retrait de l'écart 27 et des remarques 45-46</p> <ol style="list-style-type: none"> La procédure présentée ne répond pas aux articles du CSP cités ni aux bonnes pratiques professionnelles concernant la prise d'un médicament stupéfiant qui doit être sorti au moment de l'administration du traitement par une IDE. <p>Transmettre :</p> <ul style="list-style-type: none"> Une procédure sur les stupéfiants respectant les compétences non déléguables de l'IDE et 	Immédiat

Injonction envisagée	Réf. Rapport	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision	Délai
3. Faisant des formations afin de mieux transmettre et rappeler les pratiques de gestion et de rangement des médicaments.	<p>moment de la prise, indiquée dans le cahier des toxiques et ne pas être remise dans le coffre avec aucune modification de la traçabilité. La situation exposée sur le flyer « cas particulier interdose de morphine » contrevient à l'article R5132-36 du CSP.</p> <p>Écart 31 : Les dates de péremption des médicaments multi usages ne sont pas indiquées sur les flacons ouverts contrairement à l'article R4312-38 CSP.</p> <p>Remarque 45 : Les procédures sur « l'encadrement de la gestion personnelle des médicaments » et celle sur la PDA</p>		<p>Une fiche mémo (annexe 3) rappelle les bonnes pratiques en matière de gestion et suivi des médicaments stupéfiants et assimilés.</p> <p>2. Concernant les dates de péremption des médicaments multi-usages, l'annexe 4 rappelle la procédure à suivre. Cette annexe est affichée à l'infirmerie, à destination des infirmiers en charge de la préparation et l'administration des médicaments.</p> <p>La procédure afférente aux process de commande et de traitement des médicaments auprès de l'officine a été mise à jour dans l'annexe 5. L'annexe 6 présente la gestion des dates d'ouverture des médicaments et le suivi des stupéfiants.</p> <p>3. Concernant les formations, l'établissement présente l'annexe 7 (réunion/formation ayant eu lieu le 22/10/2024 sur la prise en charge médicamenteuse par les infirmières), l'annexe 8 sur le circuit du médicament et sa traçabilité et l'annexe 9 sur la distribution des</p>	<p>le lieu unique de stockage.</p> <p>- Une procédure sur l'accès au poste de soins et sa sécurisation ainsi que les mesures de protection du dossier informatisé du résident : Le dossier informatisé du résident doit être fermé en l'absence de saisie ou de consultation du logiciel.</p> <p>2. Sur la photo 1 du médicament assimilé et stupéfiant, la retranscription de la prescription sur l'emballage est interdite.</p> <p>Transmettre : Une photo du rangement de la pharmacie respectant</p>	

Injonction envisagée	Réf. Rapport	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision	Délai
	<p>datent de plus de cinq ans</p> <p>Remarque 46 : Le process de commande de traitements décrit dans la procédure « Gestion de la préparation des médicaments via le logiciel bidirectionnel interfacé avec Netsoins » n'est plus d'actualité.</p> <p>Remarque 47 : Les pratiques professionnelles sur la gestion et la traçabilité des stupéfiants ne sont pas respectées.</p> <p>Remarque 50 : La procédure de gestion et de rangement des médicaments existe,</p>		<p>médicaments, des stupéfiants et de leurs rangements.</p>	<p>les dates de péremption sur les flacons de médicaments ouverts sans la prescription sur l'emballage.</p> <p>3. Les formations rappelant les pratiques de gestion et de rangement des médicaments ne sont pas réalisées.</p> <p>Transmettre : Les documents indiquant le contenu, les modalités de la formation et le nombre d'heures. La réunion du 22/10/24 ne pouvant être considérée comme formation.</p>	

	Injonction envisagée	Réf. Rapport	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision	Délai
		mais elle n'est pas appliquée.				
12	<p>Réécrire et transmettre la procédure de distribution des médicaments et produits stupéfiants en :</p> <p>1. Proscrivant la distribution des médicaments et produits stupéfiants aux personnes non habilitées,</p> <p>2. Rédigeant des fiches de postes établissant les interdictions de distribution des médicaments et stupéfiants aux personnes non habilitées,</p> <p>3. Organisant des formations</p>	<p>Écart 15 : La distribution des médicaments par les AES/AMP contrevient à l'article L313.36 du CASF qui prévoit l'aide à la prise de médicaments, lorsqu'il s'agit d'un acte de la vie courante.</p> <p>Écart 26 : Le principe de délégation d'administration de traitements aux soignants par l'IDE n'est pas conforme à la réglementation et à la notion de collaboration, ce qui contrevient à l'article R4311-4 du CSP.</p> <p>Écart 28 : Autoriser les AS/AMP/AES et ASG à distribuer des</p>	<p>Articles R 4311-4, - 5 4° et -7 du CSP</p> <p>Article L313-36 du CASF</p>	<p>1. Dans le cadre de la mise à jour des procédures en lien avec le circuit du médicament, celle précisant les modalités de distribution est présentée en annexe 10. Elle proscrit la préparation et la vérification des piluliers par les personnes non habilitées et précise les conditions d'aide à la prise des médicaments en collaboration. L'annexe 11 précise les conditions d'habilitation des AS à l'aide à la prise médicamenteuse pour différentes voies d'administration. Les professionnels habilités font l'objet d'un suivi par le biais du tableau présenté en annexe 12.</p> <p>2. Les fiches de postes sont en cours de révision afin de se conformer à la réglementation et devraient être réalisées sous 3 mois.</p> <p>3. L'annexe 13 rassemblant les fiches d'émargements des formations 2024 et 2025 de sensibilisation aux bonnes pratiques quant à la délégation de l'administration de traitement aux</p>	<p>Injonction maintenue</p> <p>1. Les actes des AS autorisés ne sont pas décrits ni toutes les formes d'administration. Les AS ne sont pas autorisés à administrer les morphiniques dans le cadre de leur collaboration avec l'IDE. Le tableau est limité à 3 formes galéniques sans précision.</p> <p>Transmettre : Une procédure sur l'administration et aide à la prise des médicaments dans le respect des termes du CSP.</p> <p>2. Les fiches de poste actualisées ne sont pas transmises.</p> <p>Transmettre</p>	Immédiat

	Injonction envisagée	Réf. Rapport	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision	Délai
	spécifiques, avec feuilles d'émargement, sur la distribution des médicaments, des stupéfiants et l'aide à la prise en précisant les compétences de chaque professionnel (AS/AMP/AES/IDE) dans le respect du Code de la Santé Publique.	toxiques contrevient à l'article 4311-7 du CSP. Écart 32 : Organiser la distribution des traitements par les auxiliaires médicaux en l'absence d'une IDE et notamment la distribution des traitements sensibles contrevient aux articles R4311-4, R4311-5 4° et 4311-7 du CSP.		soignants ainsi que le cas particulier interdose morphine.	Les fiches de poste finalisées. 3. L'intitulé « délégation » est illégal. Les actes autorisés dans le nouveau référentiel AS sont toujours pratiqués en collaboration avec l'IDE. Transmettre : Un tableau exact des actes réalisés dans le cadre de la collaboration IDE-AS.	

	Prescription envisagée	Ref. Rapport	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision	Délai
P1	Transmettre les documents concernant le fonctionnement et l'organisation des instances dirigeantes de l'organisme gestionnaire.	Écart 1 : L'établissement n'a pas présenté à la mission d'inspection les documents concernant le fonctionnement et l'organisation de l'organisme	Articles L312-1 6° et L313-1, 4e alinéa du CASF	L'établissement a transmis les documents suivants : Emeis K-Bis, statuts et courrier sur le changement de statuts.	Prescription levée partiellement. Transmettre les documents relatifs à la nomination des membres du conseil d'administration en place, l'élection des	1 mois

		gestionnaire, conformément aux articles L312-1 6° et L313-1, 4e alinéa du CASF.			membres et sa composition.	
P2	Relever le taux d'occupation pour atteindre le seuil fixé par le CASF.	Écart 2 : Le taux d'occupation est en dessous du seuil fixé par les autorités de tarification et de contrôle, ce qui contrevient aux articles <u>L313-4 CASF</u> (conditions d'accord de l'autorisation), <u>D313-15 CASF</u> et <u>D312-155-0-2 du CASF</u> .	Articles L313-4 CASF (conditions d'accord de l'autorisation), D313-15 CASF, D312-155-0-2 CASF	L'établissement a mené plusieurs actions pour relever le taux d'occupation : un projet UHR (13 lits), un déploiement des lits d'aide sociale (15 lits en attente de validation par arrêté du conseil départemental), des partenariats avec les principaux prescripteurs et réseau local, mais n'a transmis aucun document sur ces actions.	Prescription maintenue En attente de la mise en œuvre des actions en cours, de leurs résultats et de leur transmission. Transmettre à mi-échéance les premiers résultats des actions mises en place et l'ensemble des documents à la fin de l'échéance fixée.	1 an
P3	Communiquer aux autorités les documents indiquant la consultation du CVS sur le règlement du fonctionnement.	Écart 3 : L'établissement n'a pas présenté de documents indiquant que le CVS a été consulté sur le règlement de fonctionnement, ce qui contrevient à l'article à <u>L311-7 du CASF</u> .	Article L311-7 CASF	L'établissement n'a pas transmis le nouveau règlement de fonctionnement, le processus de validation de ce document n'ayant pas encore abouti et n'a pas été soumis au CVS pour consultation.	Prescription maintenue Transmettre les documents demandés.	1 mois

		Écart 4 : Le projet d'établissement n'est ni validé par le CVS, ni signé par l'organisme gestionnaire, ce qui n'est pas conforme à l'article <u>L311-8</u> du CASF.				
P4	Communiquer sur l'organisation administrative de l'établissement en : 1. Transmettant aux autorités de contrôle l'organigramme signé de l'établissement avec les ETP, 2. Publiant les DUD au sein de l'établissement.	Écart 5 : L'établissement n'a pas présenté à la mission les documents montrant que les DUD ont été publiés au sein de la direction, conformément à l'article D315-70 du CASF. (Correction de l'erreur matérielle, maintenant article D312-176-5 du CASF) Remarque 2 : L'organigramme ne présente pas les ETP, mais est affiché dans le classeur à l'accueil et disponible.	Article D315-70 remplacé par l'article D312-176-5 CASF	L'établissement a transmis un organigramme présentant les ETP mais pas le document de délégation unique (DUD). La mission confirme que l'écart 5 se base sur l'article D312-176-5 du CASF et non pas l'article D315-70 du CASF. Cette erreur matérielle est rectifiée. La délégation de missions ou document unique de délégation de la direction doit être transmise aux autorités ayant délivré l'autorisation pour l'établissement ainsi qu'au conseil de la vie sociale.	Prescription partiellement levée. Transmettre tout document permettant à la mission de vérifier la transmission de la délégation de compétences de la directrice actuelle à l'ARS, la Ville de Paris ainsi qu'au CVS.	1 mois
P5	Rendre opérationnel le fonctionnement et	Écart 6 : La composition du CVS n'est pas conforme à	Article 311-3 3° CASF	L'établissement a envoyé le règlement intérieur du CVS signé ainsi qu'un exemplaire de compte-rendu de séance	Prescription partiellement levée sur le règlement intérieur du	4 mois

	<p>l'organisation du CVS en :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Complétant la composition du CVS, 2. Transmettant aux autorités de contrôle le règlement intérieur du CVS signé par celui-ci, 3. Formalisant les comptes rendus du CVS par la signature de son président et ne plus apposer celle du représentant de l'établissement. 	<p>l'article D311-5 du CASF.</p> <p>Écart 7 : Les relevés de conclusions du CVS sont cosignés par la directrice, ce qui contrevient à l'article D311-20 du CASF.</p> <p>Écart 8 : Le CVS ne dispose pas d'un règlement intérieur comme le mentionne l'article D311-19 du CASF.</p> <p>Écart 9 : Il n'est pas prouvé à la mission que le règlement de fonctionnement a reçu l'aval CVS conformément à l'article D311-15 du CASF.</p>	<p>Articles L311-7 CASF, L312-8 du CASF, D311-15 CASF et D311-15 II du CASF.</p>	<p>respectant les formes réglementaires imposées.</p> <p>Des élections partielles ont eu lieu le 22 novembre 2024, mais l'établissement a transmis des documents d'élection du 14 décembre 2023. La composition transmise ne correspond pas aux membres indiqués dans le compte-rendu de séance transmis.</p> <p>De plus, la directrice, désormais partie, est indiquée comme représentante de l'organisme gestionnaire, ce qui contrevient à l'article D311-9 du CASF. Le directeur doit siéger avec voix consultative, ce qui n'est pas le cas du représentant de l'organisme gestionnaire.</p> <p>Le médecin coordonnateur apparaît comme représentant de l'équipe médico-soignante dans la liste des membres alors qu'il doit siéger en tant que médecin coordonnateur.</p> <p>Aucun élément sur la présentation au CVS du règlement de fonctionnement n'a été transmis.</p>	<p>CVS et la rédaction des comptes-rendus de séance.</p> <p>L'établissement doit procéder à une mise en conformité de la composition du CVS, transmettre la composition du CVS à jour ainsi que tout élément permettant à la mission de vérifier que le CVS a approuvé le règlement de fonctionnement de l'établissement.</p>	
P 6	<p>Mettre en exergue les droits des résidents en :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Rendant accessible et visible les 	<p>Remarque 1 : Les affiches obligatoires sont bien placées dans un classeur au niveau de l'accueil, mais ne sont pas aisément accessibles car ce</p>		<p>L'établissement a transmis les preuves concernant :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'accessibilité des panneaux d'affichage, 2. La communication sur les directives anticipées aux résidents, 3. La procédure sur les directives anticipées. 	<p>Prescription retirée</p>	

	<p>panneaux d'affichage,</p> <p>2- Informant les résidents sur les directives anticipées,</p> <p>3-Transmettant aux autorités de contrôle la procédure sur les directives anticipées.</p>	<p>classeur est coincé entre le mur et le bureau d'accueil.</p> <p>Remarque 6 : Le numéro Alma n'est pas affiché dans les lieux de passage des résidents.</p> <p>Remarque 37 : La Mission d'inspection n'a pas été destinataire de la procédure sur les directives anticipées.</p>				
P 7	<p>Evaluer les prestations externalisées et transmettre les résultats.</p>	<p>Écart 10 : Ne pas évaluer les prestations effectuées en sous-traitance contrevient à l'article L312-8 du CASF.</p>	<p>Article L312-8 du CASF</p>	<p>Un Comité de Pilotage Qualité est organisé une fois par an au sein de l'établissement (COPIL du 20/11/2024 ainsi que son CR en annexe 24). Il permet de suivre l'avancement du projet d'établissement, du Plan d'Amélioration de la Qualité, des résultats du baromètre de satisfaction annuel, ainsi que de l'évaluation HAS.</p> <p>Les prestations externalisées, comme le linge, sont évaluées à travers le baromètre de satisfaction. Les résultats sont analysés et les ajustements nécessaires sont décidés à cette occasion.</p> <p>De plus, les prestations externes font l'objet d'un suivi continu via les remontées des équipes et des résidents. En cas de besoin, ces éléments peuvent être transmis au siège pour traitement ou arbitrage.</p>	<p>Prescription maintenue partiellement</p> <p>Se fier uniquement au baromètre annuel de satisfaction, aux questionnaires de satisfaction et aux remontées ponctuelles n'est pas suffisant pour évaluer les prestations externes. L'établissement ne fait pas d'audits sur les prestations externes : linge, bionettoyage, DASRI</p> <p>Transmettre :</p>	<p>6 mois</p>

					Des audits de suivi des prestations externes réalisées en interne : nombre de draps envoyés, nombre reçus, linge toujours filmé, poids des DASRI respectés...	
P 8	<p>Mettre en place une politique d'amélioration continue de la qualité en :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ecrivain et transmettant une procédure de lutte contre les agressions, 2. Proposant des formations aux professionnels sur la prévention et la prise en charge des agressions, 3. Promouvant la formation des référents qualité afin de maîtriser les outils d'amélioration de la qualité, 	<p>Écart 11 : L'établissement ne dispose pas de procédure de signalement en cas d'agression, ce qui contrevient aux L119-1 CASF, L 331-8-1 CASF et R331-8 CASF.</p> <p>Écart 12 : Ne pas transmettre de RETEX à la suite d'un EIG-EIGS contrevient aux articles R1413-67 à 73 du CSP.</p> <p>Remarque 5 : L'établissement ne forme pas ses agents sur les outils d'amélioration de la qualité et n'a pas de référent qualité en interne.</p>	Articles L119-1 CASF, L 331-8-1 CASF et R331-8 CASF	<p>« Les situations d'agressivité de la part des résidents sont considérées comme des événements indésirables graves (EI). Une procédure dédiée de déclaration des événements indésirables graves est en place, accompagnée de fiches réflexes claires et accessibles pour l'ensemble des professionnels. Ces documents (annexe 24 bis) précisent explicitement que l'agressivité d'un résident constitue un EI et doit être signalée.</p> <p>La Référente Qualité réalise des actions de sensibilisation afin d'expliquer aux équipes ce qu'est un événement indésirable et comment le déclarer.</p> <p>Par ailleurs, la référente qualité se déplace directement dans les unités pour accompagner les professionnels à l'utilisation concrète du logiciel de déclaration, en favorisant une appropriation opérationnelle de l'outil.</p> <p>Après chaque événement significatif, un RETEX est organisé avec les équipes concernées, animé par la RQ.</p>	<p>Prescription maintenue.</p> <p>Transmettre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les feuilles d'émargement des actions de sensibilisation aux outils qualité, un RETEX. - La procédure de déclaration d'un EIG avec les adresses des autorités de tutelle. - Le PACQ mis à jour suite à des EI-EIG. 	3 mois

	<p>4. Complétant la procédure pour inscrire la transmission des RETEX aux autorités de contrôle,</p> <p>5. En contrôlant la mise en place des actions après la survenance d'un EI/EIG/EIGS.</p>			<p>Le suivi des actions décidées suite à un EI, EIG ou EIGS est formalisé dans le Plan d'Amélioration de la Qualité de l'établissement. Ce document de pilotage nous permet de tracer les actions engagées, d'en suivre l'avancement, et d'en évaluer l'efficacité. »</p>		
P 9	<p>Renforcer la prévention de la dépendance et des soins en :</p> <p>1- Inscrivant dans le RAMA les outils d'analyse des chutes,</p> <p>2- Rédigeant et en transmettant les comptes rendus du comité chute.</p>	<p>Remarque 7 : Dans le RAMA, il est impossible d'analyser les chiffres des chutes d'une année à l'autre par manque d'informations corrélées au GIR des résidents, au nombre des résidents ayant eu un Timed up and go et au nombre de ces résidents « chuteurs » dénutris.</p> <p>Remarque 8 : Il n'existe pas de compte-rendu du comité chute.</p>		<p>« 1. Les outils d'analyse des chutes sont inscrits dans le logiciel [REDACTED]. L'Annexe 25 est un graphique sur l'analyse des chutes. Les chutes sont mentionnées dans le RAMA. Le RAMA 2024 vient d'être finalisé par notre médecin coordonnateur et nous attendons la mise à disposition de l'interface de dépôt sur la CNSA. »</p> <p>2. L'Annexe 26 est composée de 4 comptes-rendus du comité chute élaborés par le médecin coordonnateur datant du 04/04/25, 25/04/2025, 02/05/2025 et 16/05/2025. Le prochain comité est prévu le 23/05/2025.</p>	<p>Prescription maintenue.</p> <p>Transmettre :</p> <p>Un outil de suivi et d'analyse des chutes contenant des indicateurs sur les résidents chuteurs (chaussage, état de nutrition, niveau de mobilité, âge et GIR)</p>	3 mois

<p>P 10</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre à jour les ETP dans la liste du personnel en spécifiant les métiers. -Rédiger des nouvelles fiches des postes des AES et des AMP en distinguant et en précisant les intitulés et missions respectives de chaque métier. - Assurer la concordance des outils de suivis RH en utilisant systématiquement la pratique de la check list pour une approche complète des dossiers du personnel. 	<p>Remarque 11 : Les intitulés de poste AES et AMP, présents sur la liste du personnel, ne sont pas déclinés dans le tableau des ETP. En l'absence de cohérence des intitulés de poste, la mission s'interroge sur la répartition des effectifs.</p> <p>Remarque 12 : L'absence d'harmonisation des intitulés de poste au sein des différents documents (RUP, Organigramme, fiche de poste...) ne permet pas une bonne compréhension du fonctionnement de l'établissement.</p> <p>Remarque 16 : L'utilisation systématique de la check-list favoriserait une meilleure complétude des dossiers.</p>		<p>L'établissement précise que les fiches de postes sont en cours de révision. Disponibilité envisagée sous 3 mois ;</p> <p>L'établissement a communiqué 2 documents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'annexe 27 « Liste du personnel » arrêtée au 16/05/2025. - Annexe 28 « Check-list dossier du personnel et conservation ». <p>L'annexe 27 « Liste du personnel » mentionne les ETP et la fonction des salariés. Y sont dénombrés : 2 AES, 2 AMP, 14 Auxiliaires de vie. La mise à jour des ETP du personnel apporte une réponse partielle à la remarque 11.</p> <p>La révision des fiches de postes est en cours.</p> <p>Les check-lists remises en annexe 28 datent de juin 2018 et octobre 2024. La connaissance et l'utilisation de ces documents par les agents n'est pas démontrée.</p>	<p>Prescription maintenue</p> <p>Transmettre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le tableau des ETP, les nouvelles fiches de poste ; - Les éléments de preuve de la diffusion et de l'appropriation des outils de suivis RH (check-list comprise) par les salariés. 	<p>3 mois</p>
-------------	--	--	--	--	--	-------------------

P 11	<p>Conduire une politique de stabilisation de l'équipe soignante en :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adaptant des actions de fidélisation et baissant la précarisation des contrats, 2. Mettant en place des actions contre l'absentéisme injustifiée ; 	<p>Écart 13 : 22 ETP ne sont pas pourvus. 16 postes (IDE, AS, AV et AES) sont tenus par des agents en CDD. Le manque de stabilité du personnel intervenant auprès des résidents impacte la qualité de la prise en charge ce qui contrevient à l'article L311-3 1° CASF.</p> <p>Remarque 14 : L'importance du nombre d'absences injustifiées questionne la mission inspection sur le climat social, les mesures correctrices de fidélisation proposées par l'établissement.</p> <p>Remarque 29 : L'établissement ne dispose pas d'une procédure de remplacement en cas d'absence.</p>	<p>Articles L311-3 1° CASF et L311-3 3° du CASF.</p>	<p>L'établissement a communiqué 5 documents : Annexe 29 « Communication rémunération et avantages » pour les salariés du groupe :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Annexe 29 bis « Evolution du taux des CDI » d'avril 2024 à avril 2025, - Annexe 30 : « Refus de CDI », d'1 AS en date du 28/04/2025, - Annexe 31 « Mise en demeure 2025 05 07 », 1 courrier du 07/05/2025 de la directrice d'exploitation demandant de justifier 3 jours d'absence ; - Annexe 31 bis « Commission analyse AT ». <p>Ces documents déclinent les mesures mises en place par l'établissement en matière de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Attractivité : Soutien du pouvoir d'achat 13^{ème} mois, augmentation générale, subrogation pour les arrêts maladie et accident de travail, primes de cooptation. - Lutte contre l'absentéisme : Envoi systématique d'un courrier de mise en demeure en cas d'absence injustifiée, développement d'un pôle santé sécurité. Etude de l'environnement de travail et des aménagements par une coordinatrice santé et sécurité au travail. Commission d'analyse des accidents du travail. <p>Les éléments de réponse transmis par l'établissement n'apportent pas la preuve du</p>	<p>Prescription maintenue</p> <p>Transmettre</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les éléments de preuve sur les actions de consolidation des contrats : <ul style="list-style-type: none"> - Le recrutement de personnel en CDI ; - La baisse du recours au CDD ; - 2. Les éléments de preuve sur la lutte contre l'absentéisme : <ul style="list-style-type: none"> - Les actions mises en place pour baisser le taux de l'absentéisme ; - L'outil de suivi permettant de mesurer l'impact de la politique d'action sociale de l'établissement - La procédure de remplacement en cas d'absence. 	<p>6 mois</p>
------	--	---	--	--	--	-------------------

				<p>recrutement de personnel en CDI, de la baisse du recours au CDD, ni de la baisse de l'absentéisme.</p> <p>L'annexe 29 bis ne distingue pas les personnels intervenant auprès de résidents. L'établissement ne répond pas sur les postes cités dans l'écart 13.</p> <p>L'impact de la politique d'action sociale du groupe n'est pas mesuré et ne permet pas de vérifier son effet en termes de fidélisation des salariés de l'établissement.</p> <p>L'établissement n'a pas communiqué de procédure de remplacement en cas d'absence.</p>		
P 12	<p>Sécuriser la qualité de la prise en charge des résidents en :</p> <p>1 Assurant un nombre suffisant d'IDE dans les équipes de jour,</p> <p>2 Recrutant des AS diplômées et</p>	<p>Écart 14 : Les ratios présentés par l'établissement en IDE, ne répondent pas aux besoins d'accompagnement des résidents, ce qui contrevient aux L311-3 1° CASF et L311-3 3° du CASF.</p> <p>Remarque 13 : Le recrutement d'IDE de jour et d'AS titulaires est</p>		<p>L'établissement a répondu à la remarque 48 en communiquant l'annexe 33 affichage d'un numéro d'astreinte IDE de nuit. L'astreinte de nuit peut donner des conseils techniques par téléphone, mais ne pourra se déplacer pour l'administration des stupéfiants, étant située à [REDACTED]. La confirmation d'administration interdose morphine la nuit, mentionnée sur le document, n'est pas réglementaire.</p>	<p>Prescription maintenue</p> <p>Transmettre les documents concernant :</p> <p>1. Les plannings permettant de vérifier la présence quotidienne de 3 IDE sur 24h, les contrats de recrutement CDI d'IDE de jour ;</p>	3 mois

	<p>en encourageant la professionnalisation des AS</p> <p>3 Ecrivain et transmettant les fiches de remplacement</p> <p>4 Sécurisant l'astreinte de nuit de l'établissement</p>	<p>indispensable pour garantir une prise en charge de qualité des résidents.</p> <p>Remarque 48 : En l'absence d'IDE de nuit, une permanence d'IDE d'astreinte téléphonique par exemple est recommandée par l'Omédit Ile de France.</p>		<p>Les documents transmis par l'établissement n'apportent pas de réponse à l'écart 14 et ne répondent que partiellement à la remarque 13.</p> <p>IDE : L'établissement indique la présence quotidienne de 3 IDE (2 IDE de 7h30 à 20h00 et 1 IDE la nuit).</p> <p>AS : Inscription progressive dans une démarche de VAE + 2 agents en formation initiale + 3 contrats de professionnalisation VAE inversée.</p> <p>L'établissement a communiqué 2 documents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Annexe 32 « Formations diplômantes des AS » (1 attestation de fin de formation DEAS, 1 attestation de présence mensuelle pour d'avril 2025 à une formation conduisant au DEAS promotion 2024-2025, 3 contrats de professionnalisation aide-soignant), <p>Annexe 33 « Affiche IDE de nuit infirmerie » : numéro de téléphone d'astreinte IDE de nuit basée à [REDACTED]</p>	<p>2. Le diplôme et le contrat de travail des deux agents ayant terminé la formation au DEAS ;</p> <p>3. Les fiches de remplacement en cas d'absence (absence inopinée comprise).</p> <p>4. Modifier les missions de l'astreinte IDE de nuit car l'administration de stupéfiant (morphine) est de la compétence de l'IDE et non de celle de l'aide-soignant.</p>	
P 13	Préciser les fonctions liées aux compétences de chaque catégorie de professionnel et	<p>Écart 16 : Le manque de clarté dans les intitulés de poste et les fiches métiers ainsi que l'attribution de mission</p>	D451-88 et -89 CASF et annexe 1 de l'arrêté du 30 août 2021 relatif au DE	<p>L'établissement indique que la mise à jour des fiches de poste AES, AS IDE est en cours. Leur disponibilité est prévue sous 3 mois.</p>	<p>Prescription maintenue partiellement</p> <p>Transmettre :</p>	3 mois

	<p>mettre fin aux glissements de tâches en :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mettant à jour les fiches de postes des AES, AS, IDE ; 2. Ecrivant et transmettant les fiches de postes de chaque métier ; 3. Précisant les missions des aides-soignants référents ; 4. Clarifiant la liste des ETP et l'organisation des missions de chaque agent. 5. Clarifiant les missions de l'adjointe de direction et l'assistante de direction. 	<p>d'AS aux AES/AMP met en évidence un risque de glissement de tâches ce qui contrevient à la réglementation en vigueur : L311-3, 1° CASF, L.4391-1 du CSP et arrêté du 10 juin 2021 conduisant au DEAS</p> <p>Remarque 26 : Les missions spécifiques des aides-soignantes référentes, au nombre de 4 dans l'établissement ne sont pas précisées.</p> <p>Remarque 27 : La mise à jour des fiches métiers est nécessaire pour distinguer les missions des AS et AES de nuit.</p> <p>Remarque 28 : Un chevauchement de tâches a été relevé entre l'adjointe de direction et l'assistante de direction.</p>	<p>AES (missions AES) R4311-1 CSP (missions IDE) D312-155, 2° et II CASF L311-3, 1° CASF (Sécurité du résident)</p>	<p>L'établissement a communiqué 1 document : - Annexe 34 « fiches métiers adjoint de direction et assistante de direction ».</p> <p>Cette annexe apporte des réponses à la remarque 28. La mission relève que la quasi-totalité des missions de l'adjointe de direction sont identiques à celle de l'assistante de direction. Les différences portent sur la participation à la mise en place du projet d'établissement, l'élaboration de tableaux de bord, la maîtrise de la masse salariale et le remplacement de la directrice d'exploitation qui sont confiés à l'adjointe de direction.</p> <p>L'établissement n'a pas apporté de réponse à l'écart 16 et aux remarques 26 et 27.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Les fiches de poste de chaque métier ; 2. Les missions des aides-soignants référents ; 3. La liste des ETP. 	
--	---	---	--	---	--	--

P 14	<p>Promouvoir une politique de formation et de développement des compétences en :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mettant en place une politique de formation continue et en prévoyant des formations diplômantes ; 2. Mettant à disposition du personnel les informations relatives à la mobilité interne. 	<p>Remarque 18 : Les documents communiqués à la Mission d'inspection montrent une diversité de formations ainsi qu'une progression quantitative du personnel formé, toutefois aucune formation diplômante n'est inscrite dans les plans de formation 2023 et 2024.</p> <p>Remarque 19 : La Mission ne peut assurer que l'ensemble des salariés a suivi les mini formations.</p> <p>Remarque 20 : La Mission d'inspection n'a pu apprécier les modalités de cette mobilité car aucun élément ne corrobore cette passerelle.</p>		<p>L'établissement a communiqué 2 documents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Annexe 35 « Flyers formation continu + Pro A + VAE + plateforme mobilité + nos 6 axes d'orientation stratégique ». - Annexe 36 « Affiche mobilité + preuve affiche mobilité ». <p>Les documents transmis présentent un portail internet du groupe Emeis favorisant la mobilité interne pour les agents en CDI dont l'ancienneté est supérieure à 2 ans.</p> <p>Les documents n'apportent pas la preuve de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'inscription de formations diplômantes au plan de développement des compétences ; - du suivi des mini formations par les salariés. 	<p>Prescription partiellement maintenue</p> <p>Les documents sont incomplets concernant les formations diplômantes et les mini formations.</p> <p>Transmettre :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le plan de développement des compétences prévoyant des formations diplômantes ; 2. Les éléments de preuve du suivi des mini formations par les salariés. 	6 mois
P 15	Faciliter le transfert de compétences en interne et les	<p>Remarque 23 : Il n'est pas mis en place des temps d'échanges sur les pratiques</p>		<p>L'établissement évoque des actions de sensibilisation thématiques menées par l'équipe de cadres.</p>	<p>Prescription maintenue.</p> <p>Les éléments transmis n'apportent pas de</p>	3 mois

	<p>échanges entre professionnels en :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mettant en place un groupe d'analyse des pratiques professionnelles avec un intervenant extérieur ; 2. Rédigeant des supports des mini-formations à destination des professionnels ; 3. Mettant en place des formations internes sur les pratiques professionnelles ; 4. Mettant en place une formation pour l'ensemble des agents concernant le placement et l'utilisation du 	<p>professionnelles et sur les thématiques concernant l'éthique.</p> <p>Remarque 36 : Aucun compte-rendu des réunions de direction, d'analyse des pratiques, bientraitance, commission chute et contention ou de mini-formations n'a été transmis à la Mission d'inspection.</p> <p>Remarque 44 : La position du défibrillateur automatique externe n'est pas connue de tout le personnel soignant.</p>		<p>L'établissement a communiqué 1 document : - Annexe 37 « plan mini formations » pour les années 2022 et 2023.</p> <p>L'établissement confirme l'absence de groupe d'analyse de pratiques professionnelles avec un intervenant extérieur.</p>	<p>réponse aux mesures de la prescription n°15.</p> <p>Transmettre les éléments de preuve concernant :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La mise en place de temps d'échange sur les pratiques professionnelles avec un intervenant extérieur ; 2. Les supports des mini formations ; 3. La mise en place des mini formations menées par l'équipe de cadre et de la participation des professionnels à ces mini formations ; 4. La formation de l'ensemble du personnel concernant le placement et l'utilisation du défibrillateur automatique.
--	--	---	--	---	--

	défibrillateur automatique.					
P16	Transmettre le rapport d'activité annuel (RAA) aux autorités de contrôle.	Écart 17 : Le rapport d'activité annuel n'a pas été transmis à la mission d'inspection, ce qui n'est pas conforme à l'article R314-50 CASF.	Article R314-50 CASF	L'établissement a bien transmis le rapport aux autorités de contrôle.	Prescription retirée	
P17	Faire parapher par le Maire le registre des entrées et des sorties.	Écart 18 : Le registre des entrées et sorties n'est pas paraphé par le maire, ce qui contrevient à l'article R331-5 du CASF.	Article R331-5 du CASF.	L'établissement a indiqué prendre contact avec le maire d'arrondissement.	Prescription maintenue Transmettre la copie du registre paraphé.	3 mois
P18	Mettre à jour la tenue des dossiers des résidents en y intégrant tous les documents réglementaires.	Écart 19 : La tenue des dossiers des résidents n'est pas conforme à la réglementation en vigueur. Remarque 34 : Les dossiers administratifs des résidents ne contiennent pas les PAP. Remarque 37 : La Mission d'inspection n'a pas été destinataire de la procédure sur les directives anticipées.	L311-3, 1° CASF	L'établissement a indiqué travailler sur une mise en conformité des dossiers des résidents.	Prescription maintenue. Apporter les éléments de preuve à disposition sur la tenue réglementaire des dossiers des résidents.	3 mois

P19	<p>Améliorer la rédaction des PAP et leur portée en :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rédigeant et transmettant une procédure pour les PAP, 2. Recherchant dans la mise en place des PAP la participation active du résident, plutôt que son ressenti, 3. En mettant un référent PAP pour chaque résident. 	<p>Écart 21 : En l'absence de transmission d'une procédure relative aux projets personnalisés, la mission ne peut déterminer si le résident participe activement à son élaboration, ce qui contrevient à l'article L311-3, 1° du CASF.</p> <p>Remarque 35 : L'absence de personnel référent nommé par résident ne répond pas aux RBPP de la HAS sur l'accompagnement des résidents en EHPAD.</p>	<p>Article L311-3, 1° du CASF</p>	<p>L'établissement a transmis une procédure « Elaboration, validation mise en œuvre et révision du projet personnalisé du résident » de l'organisme gestionnaire ainsi qu'un avenant au contrat de séjour définissant les objectifs de prise en charge du résident signé.</p> <p>La procédure transmise ne détaille pas une implication directe du résident à l'élaboration de son projet d'accompagnement personnalisé initial. Le résident exprime ses souhaits à son entrée dans l'établissement et le projet lui est présenté par les professionnels de l'EHPAD mais il n'est pas associé à la réunion d'élaboration.</p> <p>L'annexe transmise souligne ce point en mentionnant que le projet personnalisé est établi à la base d'un bilan d'information du résident et pas avec lui.</p>	<p>Prescription partiellement maintenue pour les points 2 et 3.</p> <p>Transmettre les éléments sur la prise en compte et l'implication du résident dans l'élaboration de son PAP.</p>	1 mois
P20	<p>Formaliser les conventions avec les acteurs médicaux et paramédicaux en établissant :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Des contrats des médecins 	<p>Écart 22 : Plusieurs médecins traitants intervenant dans l'EHPAD n'ont pas signé de contrat type comme le prévoit l'article L314-12 du CASF.</p> <p>Remarque 17 : Les interventions de</p>	<p>Article L314-12 du CASF</p>	<p>L'EHPAD a transmis le contrat d'un médecin traitant et a signalé que les autres médecins intervenant dans la structure refusaient de signer une convention.</p> <p>L'établissement a également transmis les conventions signées avec un art-thérapeute, un centre d'imagerie médicale, un dentiste, onze kinésithérapeutes.</p>	<p>Prescription maintenue.</p> <p>Transmettre :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les conventions avec le coiffeur, la pédicure-podologue et les orthophonistes ; 	3 mois

	<p>traitants intervenant dans l'EHPAD,</p> <p>2. Des contrats avec les professionnels paramédicaux.</p>	<p>certaines professionnels de santé, paramédicaux et autres professionnels au sein de l'établissement ne sont pas formalisées.</p>			<p>2. Transmettre les courriers ou mails de demande de conventions avec les professionnels libéraux.</p>	
P21	<p>Revoir la pratique du change systématique et à heure fixe en :</p> <p>1. Respectant la dignité et le repos du résident en ne le réveillant pas systématiquement en vue des changes,</p> <p>2. Se référant au PAP pour mesurer la nécessité de changes nocturnes.</p>	<p>Écart 23 : Réveiller pour changer systématiquement tous les résidents à 05h00 du matin contrevient à l'article L311-3 - 1 et au D312-155-0-3° du CASF (relatif au PAP).</p> <p>Remarque 41 : Les changes sont faits selon une planification systématique et non selon le besoin individuel du résident</p>	<p>Articles L311-3 - 1 et au D312-155-0-3° du CASF (relatif au PAP).</p>	<p>L'établissement a indiqué que :</p> <p>« 1. Depuis la mission d'inspection le 11 juillet 2024, des mises à jour de nos pratiques en lien avec les changes des résidents ont été réalisés. A la mise jour du Projet d'Etablissement en mars 2025, la mention spécifiant les horaires des changes des résidents a été supprimée. Il est indiqué de se référer au PAP.</p> <p>2. Ils sont discutés et décidés lors des élaborations et révisions des PAP. Les temps de change sont planifiés dans le plan de soins et sont effectués de nuit si besoin en respect du rythme du résident (en temps d'éveil). »</p>	<p>Prescription maintenue</p> <p>Transmettre le projet d'établissement, le plan de soins suivis anonymisés permettant à la mission de vérifier les actions mises en place.</p>	1 mois
P22	<p>Sécuriser les données médicales des résidents en :</p> <p>1. Garantissant la protection des données</p>	<p>Écart 24 : Ne pas garantir la protection des données médicales et confidentielles du résident contrevient aux articles R4312 – 35 du</p>	<p>Articles L311 – 3 4° du CASF, L311-3 4° du CASF, R4312 – 35 du CSP</p>	<p>L'établissement a indiqué : « 1. Les directeurs ont été sensibilisés à cette notion en janvier 2025 par la direction juridique (en annexe 43). Une formation générale sur la protection des données et le secret médical est programmée pour le mois de juin 2025</p>	<p>Prescription partiellement maintenue</p> <p>Dans l'attente de la transmission du support de formation sur la protection</p>	3 mois



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



	<p>médicales de l'ensemble des résidents dans le logiciel de soins,</p> <p>2. Garantissant la confidentialité des informations concernant le suivi du résident,</p> <p>3. Mettant en place des procédures de transcription des données et informations médicales dans le logiciel de soins,</p> <p>4. Systématisant les transmissions dans le logiciel de soins par les médecins traitants.</p>	<p>CSP et L311 – 3 4° du CASF.</p> <p>Écart 25 : Inscrire des données de soins dans le cahier de transmissions à l'accueil contrevient à l'article L311-3 4° du CASF.</p> <p>Remarque 30 : Plusieurs médecins traitants intervenant dans l'EHPAD font des prescriptions papier sans utiliser le logiciel de l'établissement.</p>		<p>par le médecin coordonnateur vis-à-vis des équipes soignantes. L'établissement est inscrit au programme ESMS numérique depuis le 1er avril 2025. L'objectif du programme est l'instauration de bonnes pratiques d'usage, destinées à assurer la sécurisation du partage d'informations médicales et continuité d'accessibilité à l'information médicale pour le résident, par le biais de l'alimentation du DMP. Ce programme s'inscrit dans une logique d'amélioration continue des services et de la réduction de la fracture numérique dans le secteur médico-social.</p> <p>2. Le cahier de transmissions globales situé à l'accueil de la résidence vise à communiquer auprès de l'ensemble des collaborateurs des informations non-médicales, permettant d'assurer une fluidité de l'information afin d'assurer une continuité d'accompagnement des résidents accueillis.</p> <p>3. Voir annexe 44, notice de connexion à distance [REDACTED] medco et médecins traitants. Cette procédure permet aux médecins traitants de se connecter à distance à Netsoins et mettre à jour les dossiers de leurs patients. Dans la création de leur profil, il est spécifié qu'ils peuvent se connecter à distance.</p> <p>4. Certains médecins traitants (4 au total) ont accepté de faire une formation sur le logiciel Netsoins en 2024. Pas de signature en</p>	<p>des données et les feuilles d'émargement ainsi que des éléments pour les points 2 et 4.</p>	
--	---	--	--	---	--	--

				<p>émargement de médecins traitants. Par ailleurs, nous avons créé et transmis un code Netsoins pour chaque médecin traitant. »</p> <p>L'établissement a transmis un support de formation sur le secret médical ainsi qu'une notice de connexion au logiciel de soins de l'EH PAD pour le médecin coordonnateur et les médecins traitants.</p>		
P23	Etablir une fiche de procédure pour le nettoyage du réfrigérateur.	<p>Écart 30 : L'absence de nettoyage du réfrigérateur plusieurs mois majore les risques pour le résident de recevoir un traitement périmé. Ceci contrevient à l'article L311-3° du CASF.</p> <p>Remarque 49 : La fiche de traçabilité n'indique pas la programmation du nettoyage et dégivrage du réfrigérateur ni la vérification des dates de péremption des médicaments.</p>	Article L311-3° du CASF	<p>L'établissement a transmis une fiche de procédure pour le nettoyage du réfrigérateur ainsi que les fiches de suivis pour le nettoyage et le relevé de température.</p>	Prescription retirée.	

	Recommandation envisagée	Ref. Rapport	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision
--	--------------------------	--------------	--------------------	----------------------------	----------

R1	Promouvoir de temps de dialogue avec les familles.	Remarque 3 : Les relations entre la direction et les familles sont fragilisées par un manque de dialogue constructif.		L'établissement a indiqué « qu'un temps d'échange avec les familles sera promu et accentué dans les prochains mois »	Recommandation maintenue. Transmettre les éléments et les modalités de ce dialogue.
R2	Fournir les documents sur les astreintes techniques.	Remarque 4 : L'établissement n'a pas fourni d'informations ou de documents sur les astreintes techniques.		L'établissement a transmis un planning des astreintes téléphoniques ainsi que la liste des prestataires de l'établissement et leurs numéros d'astreinte.	Recommandation retirée
R 3	Mettre à jour le RUP et transmettre les documents aux autorités de contrôle.	Remarque 9 : Le Registre Unique du Personnel n'est pas tenu à jour, ce qui n'est pas conforme à la réglementation en vigueur Remarque 10 : L'organigramme de l'établissement n'est pas daté.		L'établissement a transmis le RUP à jour. L'établissement a transmis un organigramme daté.	Recommandation retirée
R 4	Mettre en place des outils fiables de gestion des heures travaillées.	Remarque 15 : L'outil de suivi des heures travaillées n'est pas fiable et sa gestion est chronophage.		L'établissement a communiqué 1 document : - Annexe 47 « Liste du personnel ». La liste du personnel transmise en annexe ne constitue pas un outil de suivi, de gestion des heures travaillées. L'établissement évoque la mise en place d'un nouvel outil de gestion RH en 2026.	Recommandation maintenue. Transmettre la preuve de la mise en place d'un outil fiable de gestion des heures travaillées.
R 5	Mettre à jour les documents d'accueil	Remarque 21 : L'information de la remise des documents		L'établissement a communiqué 1 document :	Recommandation maintenue.

	des nouveaux arrivants.	aux nouveaux arrivants n'est pas précisée dans les dossiers des salariés consultés sur place par la Mission d'inspection. Remarque 22 : La Mission d'inspection ne peut assurer que la procédure d'accueil des nouveaux salariés telle que définie dans le projet d'établissement est bien déclinée par l'EHPAD.		- Annexe 48 « Check-list documents liés à l'embauche ». L'annexe 48 concerne des documents remis à un salarié en 2019. L'établissement ne fournit pas la preuve de l'utilisation du document à date.	Transmettre : -Les preuves de la remise des documents aux nouveaux arrivants ; -Les preuves de mise en œuvre de la procédure d'accueil des nouveaux salariés (bilan d'intégration notamment).
R 6	Améliorer l'organisation de l'équipe de soins et sa lisibilité en : 1. Etablissant une cohérence dans la réalisation des plannings et y faire figurer les temps de pause ; 2. Précisant les temps de pause dans les fiches de tâches heurées des personnels.	Remarque 24 : L'établissement n'a pas présenté les modalités de confection de ses plannings. Remarque 25 : La prise de pause n'est pas mentionnée dans les plannings et ne permet pas de vérifier la présence en continue d'un professionnel.		L'établissement a remis 1 document : - Annexe 48 bis « Fonctionnement AS ». L'annexe 48 bis est un diagramme des besoins faisant apparaître les temps de pause mais ne constitue pas un planning, ni une fiche de tâches heurées.	Recommandation partiellement maintenue Les temps de pause sur le document communiqué ne sont pas indiqués. Transmettre : - Les plannings faisant apparaître les temps de pause ; - Les fiches de tâches heurées des personnels.
R 7	Faire des fiches de procédure pour le tri des déchets et leur emplacement en	Remarque 31 : La Clinibox® est stockée dans le poste de soins propre.		L'établissement a transmis une fiche de tri des déchets d'activités et de soins.	Recommandation retirée

	fonction de leur contamination.				
R 8	Ecrire et transmettre des protocoles sur la prise en charge des DASRI.	Remarque 32 : Les sacs poubelle à DASRI sur les chariots de médicaments sont utilisés comme sacs à DAOM.		L'établissement a transmis une procédure de collecte, stockage et enlèvement des DASRI de l'organisme gestionnaire.	Recommandation retirée.
R 9	Mettre en place des outils de suivi vaccinal des résidents.	Remarque 33 : Aucun élément concernant le schéma vaccinal des résidents dans le RAMA 2023.		L'établissement a transmis des captures d'écran de l'outil de suivi vaccinal disponible sur le logiciel de soins.	Recommandation retirée. La mission signale à l'EHPAD que ce suivi doit également être intégré dans le RAMA de l'établissement.
R10	Relever le taux de satisfaction des usagers en mettant en place des passerelles de communication et en cherchant davantage leur participation.	Remarque 38 : Le taux de satisfaction 2023 est inférieur à 85%.		L'établissement a transmis les résultats de l'enquête de satisfaction 2024, indiquant un taux de satisfaction globale de 86%, ainsi que le plan d'amélioration continue de la qualité.	Recommandation retirée. La mission encourage l'établissement à poursuivre l'intégration d'actions tirées des enquêtes de satisfaction dans le PACQ.
R11	Mettre en place une collation nocturne avec des qualités nutritives adaptées au besoin des résidents.	Remarque 39 : Le personnel ne dispose pas d'exemples d'association de glucides complexes et des protéines pour avoir une collation nocturne de qualité comme préconisé par le CERENUT (Centre Ressources Nutrition et l'ARS de Nouvelle Aquitaine).		L'établissement a transmis deux photos de collations nocturnes non appropriées.	Recommandation maintenue Les photos transmises ne répondent pas aux attendus en protéines d'une collation nocturne, il est attendu de l'établissement la transmission d'un document indiquant la composition des différentes collations nocturnes adaptées aux besoins des résidents.

R12	Transmettre la procédure d'aide au repas.	Remarque 40 : La procédure d'aide au repas n'a pas été présentée à la Mission d'inspection.		L'établissement a transmis un guide de choix des aides techniques au repas et non une procédure d'aide au repas.	Recommandation maintenue. Le document transmis constitue un guide explicatif des différents équipements et ustensiles de cuisine pour les différents profils de résident. La mission demande la transmission d'une procédure à suivre pour les personnels amenés à aider les résidents au moment du repas.
R13	Ranger le lieu de stockage du matériel d'urgence	Remarque 42 L'encombrement autour du matériel d'urgence ne permet pas la prise rapide du matériel en cas d'urgence vitale.		L'établissement a transmis deux photos du poste de soins et non du matériel d'urgence stocké dans cette pièce.	Recommandation maintenue Les photos transmises ne montrent aucun matériel d'urgence et il est demandé à l'EHPAD de transmettre une photo du lieu de stockage du matériel d'urgence.
R14	Etablir le trombinoscope des résidents pour des besoins d'identitovigilance.	Remarque 43 : Dans le livret d'accueil, il n'y a pas le trombinoscope des résidents ni de rappels sur l'identitovigilance.		L'établissement a transmis une capture d'écran du logiciel de soin de l'EHPAD contenant une photo d'un résident.	Recommandation maintenue Il est demandé à l'établissement de transmettre un trombinoscope papier à jour sur lequel les personnels soignants peuvent s'appuyer en cas de problème informatique.