RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Île-de-France

VILLE DE PARIS

Cabinet du Directeur général
Inspection régionale autonomie santé

Délégation départementale de Paris

Sous-Direction de l'Autonomie, Direction de l'Action sociale, de l'enfance et de la santé, Ville de Paris

Affaire suivie par [redacted]
Courriel [redacted]
& ars-idf-inspection@ars.sante.fr
Téléphone : 06 60 87 06 88

[redacted]
Directeur Général
Fondation de Rothschild
76 rue de Picpus
75012 PARIS

Lettre recommandée avec AR
N° 2C19292540415

Saint-Denis, le 27 MAI 2025

Référence : 2024_IDF_00372

Objet : lettre de décisions - Inspection des 17, 18 et 19 juin 2024 au sein de l'EHPAD Maison de retraite et de gériatrie de la Fondation de Rothschild

Monsieur le Directeur général,

Dans le cadre du plan national d'inspection et de contrôle des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), une inspection conjointe a été réalisée au sein de l'EHPAD Maison de retraite et de gériatrie de la Fondation de Rothschild (N°FINESS 750800534) les 17,18 et 19 juin 2024 par l'Agence régionale de santé (ARS) Île-de-France et la Ville de Paris.

Dans le cadre de la procédure contradictoire, en application des articles L. 121-1 et L. 122-1 du code des relations entre le public et l'administration, nous vous avons adressé le 27 février 2025 le rapport que nous a remis la mission d'inspection, ainsi que les 7 injonctions, 18 prescriptions et 17 recommandations que nous envisagions de vous notifier (cf. annexe).

Vous nous avez transmis le 4 avril 2025 des éléments de réponse détaillés, ce dont nous vous remercions.

Nous notons que des corrections ont été apportées concernant les mesures suivantes :

- Injonction 1 sur une meilleure implication de l'encadrement dans les actions de promotion de la bientraitance ;
- Injonction 2 sur le pilotage, la structuration et l'effectivité de la démarche d'amélioration de la qualité ;
- Injonction 5 sur la prescription de neuroleptiques, hypnotiques et anxiolytiques ;
- Prescription 2 et 3 sur le fonctionnement du conseil de la vie sociale (CVS) et l'expression des droits des usagers ;
- Prescription 7 relative à l'amélioration et au renforcement de l'évaluation médicale à l'admission du résident ;
- Prescription 18 sur le contrôle du fonctionnement du défibrillateur automatisé externe.

Cependant, au regard de l'ensemble des éléments de réponse apportés, soit absents pour les recommandations, soit incomplets pour certaines mesures ou en cours de réalisation, soit réalisés mais sans transmission des éléments de preuve, une seule proposition de prescription est retirée et 3 propositions d'injonctions et 1 prescription sont partiellement retirées. A ce stade de mise en œuvre, des actions correctrices restent nécessaires afin d'écarter tout risque de survenue de situations de maltraitance potentielle.

Aussi, nous vous notifions à titre définitif 7 injonctions, 17 prescriptions et 17 recommandations maintenues en **annexe** du présent courrier et portant sur les points suivants :

- La gouvernance :
  - Management et stratégie (P1, P14, P17, R2)
  - Gestion de la qualité (I2, I3, R3)
- Prise en charge :
  - Soins (I4, I5, P6, P7, P8, P11, P18, R9 à R16)
  - Respect des droits (I1, I6, P3, P4)
- Fonctions support :
  - Gestion des Ressources Humaines (P5, P9, P10, R5),
  - Gestion des informations (P16, R7)
  - Sécurités (I7, P13)

Nous appelons votre attention sur la nécessité de transmettre à la délégation départementale de l'ARS de Paris et à la Ville de Paris, à ars-dd75-medico-social@ars.sante.fr et dsol-autonomie-inspection@paris.fr, les éléments de preuve documentaire permettant le suivi des mesures correctives et la levée des injonctions. La plateforme sécurisée BlueFiles™ de la cellule inspection de la délégation départementale est également à votre disposition pour tout dépôt de données sensibles : https://bluefiles.com/ars/ars-dd75-inspection-controle-sur-pieces.

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 code de l'action sociale et des familles (CASF) à une astreinte journalière, à l'interdiction de gérer toute nouvelle autorisation prévue par le CASF, à l'application d'une sanction financière, à la mise sous administration provisoire ou à la suspension ou la cessation, totale ou partielle, de l'activité de l'établissement.

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

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

Le Directeur général
de l'Agence régionale de santé
Île-de-France

[redacted]

Le 19/05/2025 à 20:51

P/La Maire de Paris et par délégation,

[redacted]

Copie :
[redacted]
Directrice
EHPAD Maison de retraite et de gériatrie
80 rue de Picpus
75012 PARIS

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Île-de-France

VILLE DE PARIS

Annexe : Décisions faisant suite à l'inspection réalisée les 17,18 et 19 juin 2024 au sein de l'EHPAD Maison de retraite et de gériatrie (n°FINESS 750800534), 75012 PARIS.

Injonctions :

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
Inj 1	3.2-Prise en charge-Respect des droits et des personnes	L'EHPAD doit tout mettre en œuvre pour garantir les réponses aux besoins élémentaires du résident et faire cesser les négligences portant atteinte à ses besoins fondamentaux, sa santé, ses droits, sa dignité ou son intégrité, et en pratique : - Elaborer et mettre en œuvre un plan global de promotion de la bientraitance, - Mettre en place une organisation des soins d'hygiène et infirmiers pérenne (hors urgences) et faire respecter les plans de soins pour la réalisation des toilettes, - Réviser les procédures relatives à la déclaration des actes de maltraitance en y mentionnant le régime de protection des déclarants, - Elaborer une procédure dédiée aux situations de violence ou de harcèlement sexuel, - Déployer les formations à la bientraitance au niveau des cadres de proximité pour soutenir et favoriser la mise en œuvre opérationnelle par les équipes.	Oui avec transmission de 8 pièces justificatives	**Injonction maintenue** sur l'ensemble des points sauf **partiellement retirée** sur le seul point : - Déployer les formations à la bientraitance au niveau des cadres de proximité pour soutenir et favoriser la mise en œuvre opérationnelle par les équipes	Article L 311-3 et D312-155-0 du CASF Article L119-1 du CASF Article L 313-24 du CASF	6 mois

13 rue du Landy
93200 Saint-Denis
Tél : 01 44 02 09 00
www.iledefrance.ars.sante.fr

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
		Transmettre aux organismes de contrôle les éléments probants de mise en œuvre.				

Réponse de l'établissement :

[redacted]
Injonction 1 - Lettre d'engagement prévention maltraitance.pdf
Injonction 1 - Procédure déclaration maltraitance.pdf
Injonction 1 - Procédure harcèlement siège FdR.pdf

- Elaborer et mettre en œuvre plan global de promotion de la bientraitance :

Nous sommes également convaincus de cette nécessité et avons engagé plusieurs initiatives en ce sens depuis fin 2023, notamment en lançant les premières formations du programme Humanitude. A partir de décembre 2024, nous avons relancé ce programme de formation en y faisant participer davantage l'équipe de direction et en structurant le pilotage de la démarche (création d'un comité de pilotage au niveau du codir et déclinaison au niveau des pôles). Auparavant quelques sessions de formations avaient certes été organisées. Ces formations étaient principalement destinées au personnel soignant (aides-soignantes et infirmières, à la fois vacataires et fixes), mais le suivi par l'équipe de direction et l'encadrement de la MRG était limité. En décembre 2024, janvier et mars 2025, des formations ont été spécifiquement consacrées au pilotage de cette démarche par la direction générale de la Fondation, l'équipe de direction et l'encadrement de la [redacted] ont participé les médecins et les cadres de chaque pôle. Un des pôles de la MRG (pôle Ditza-Rina) est d'ailleurs engagé dans un projet d'obtention du Label Humanitude en 2027.

- Respect des plans de soins pour la réalisation des toilettes

Nous avons identifié une difficulté interne d'organisation liée au fait que les plannings d'arrivée des personnels soignants sont décalés, et qu'en pratique, les moments de transmissions entre équipes sont trop limités (entre

Analyse de la réponse et motivation de la décision :

Sur le premier sous-item de l'injonction « L'EHPAD doit tout mettre en œuvre pour garantir les réponses aux besoins élémentaires du résident et faire cesser les négligences portant atteinte à ses besoins fondamentaux, sa santé, ses droits, sa dignité ou son intégrité, et en pratique », l'établissement transmet en appui de sa réponse sur la mise en œuvre d'un plan global de promotion de la bientraitance, la lettre d'engagement du DG de la fondation relative à la prévention de la maltraitance dans les établissements de la fondation (lettre datée du 10 juillet 2024 où figurent les engagements de sensibilisation des professionnels aux différentes formes de maltraitance et à la mise en place d'analyse de pratique professionnelle en équipe pluridisciplinaire) ainsi que [redacted] pour des formations se succédant sur une semaine en mars 2025, respectivement des 10 et 11 mars 2025 (formation à la méthodologie de soin Gineste-Marescotti interdisciplinaire), 12 et 13 mars 2025 pour l'approfondissement de la méthodologie de soins [redacted] le 14 mars 2025 à destination des membres du comité de pilotage sur l'approfondissement au pilotage.

Les éléments de preuve apportées portent sur la formation et l'implication de l'encadrement pour appuyer la politique de bientraitance et les [redacted] La mission note que sept membres du comité de pilotage n'ont pas assisté à la formation du 14 mars. Les difficultés de déploiement différenciés selon les pôles sont rapportées. Les difficultés de structuration de définition des attentes du comité de pilotage sont évoquées.

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
	équipes de jour et équipes de nuit mais aussi pendant la journée entre différentes équipes de jour). Nous avons prévu de remettre en place un temps de transmission de 15 minutes sur chaque étage de chaque pôle, en présence d'un cadre du pôle en alternance sur les différents services. Ce temps de transmission figurera dans le nouveau document de la journée-type. Nous prévoyons également de faire signer un rappel d'engagement professionnel à tous les personnels soignants, afin de remettre en évidence la nécessité absolue du respect des plans de soins et de faire un lien avec les conséquences que pourrait avoir le non-respect de ces engagements, y compris par la convocation à un entretien disciplinaire. Un nouveau document de présentation de la « journée-type », réalisé dans un style accessible (infographie / pictogrammes) va être diffusée en annexe de ce rappel d'engagement professionnel. A plus long terme, dans le cadre du changement planifié de logiciel de DUI (actuellement [redacted] nous envisageons de mettre en place un système de QR code et de suivi des tâches prévues au plan de soins par scan dans chaque chambre (sous réserve de la faisabilité technique et financière de ce projet) ; notre autre option consisterait à doter chaque soignant d'une tablette sur laquelle les tâches du plan de soins apparaîtraient et seraient à cocher. - Réviser les procédures de déclaration d'actes de maltraitance y compris régime de protection Les paramètres du logiciel E[redacted]éjà été modifiés pour rendre possible la déclaration anonymisée. Par ailleurs la présentation de la procédure de déclaration a également été modifiée et elle présente désormais de manière claire et explicite l'existence d'un régime de protection des salariés (en particulier protection contre toute forme de représailles à leur encontre). L'article L 313-24 du CASF est mentionné ainsi que l'équivalence avec le statut de « lanceur d'alerte ». Des présentations aux équipes de cette nouvelle procédure (sensibilisation) par les cadres de proximité et les IDE sont programmées dans chaque pôle et auront lieu d'ici juin 2025. - Procédure dédiée situations de violence (y compris harcèlement sexuel) Une procédure spécifique sur les situations de violence et de harcèlement a été établie en juillet 2024 (siège). Elle a été diffusée à tous les directeurs d'établissement pour affichage en septembre 2024. En mars 2025 la mise à jour de la procédure de communication des actes de maltraitance, que nous considérons aussi comme liée à la prévention des situations de violence, a été également diffusée à tous les établissements dont la MRG. Les plans de prévention des situations de violence (identification, réponses, outils) seront mis à jour au 2ème semestre 2025 dans le cadre de groupes de travail faisant participer les équipes et aussi, dans la mesure du possible, les Habitants. - Déployer formation à la bientraitance au niveau des cadres de proximité		Les actions mises en œuvre sont de nature à répondre, en grande partie, à la demande d'élaboration et de mise en œuvre d'un plan global de promotion de la bientraitance. Toutefois, ce plan mérite d'être formalisé en tant que tel au niveau de la maison de retraite et de gériatrie au regard des constats établis par la mission. Les CR de la f[redacted]émontrent le peu d'efficacité de la formation seule à la bientraitance. La notion de repérage de la maltraitance n'apparait pas dans les éléments communiqués alors qu'un plan global n'a de sens que s'il y a un lien entre le repérage et la déclaration de situations de maltraitance et la formation à la bientraitance. Maintien de la sous-injonction 1 **Sur le sous-item du respect des plans de soins pour la réalisation des toilettes,** le gestionnaire prévoit une institutionnalisation des temps de transmissions orales sur chaque étage de chaque pôle. Ce temps de transmission sera mentionné dans le nouveau document de présentation de la journée-type. Le gestionnaire prévoit également la signature pour tous les professionnels soignants d'un rappel d'engagement professionnel qui exposerait les professionnels à des convocations à entretien disciplinaire en cas de non-respect. Enfin, des outils pour améliorer la traçabilité des soins sont envisagés. La proposition de ce sous-item relatif au respect des plans de soins ne peut être retirée à ce stade tant que les éléments de preuve sur les actions envisagées ne sont pas communiqués (Journée-type révisée ; rappel d'engagement professionnel ; preuve de l'effectivité des nouveaux outils de traçabilité) **Pour le 3eme sous-item sur la révision des procédures de déclaration d'actes de maltraitance (y compris régime de protection),** la structure transmet en élément probant les		

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
Comme indiqué plus haut, la reprise des formations HUMANITUDE répond à cette injonction. Trois référents Humanitude ont déjà été formées (formation longue de 2 fois 1 semaine), et 8 autres seront formés dans les mois qui suivent. Nous aurons donc 11 référents Humanitude-Bientraitance pour la MRG à compter de 2026.				modifications des paramètres du logiciel BlueMedi™ pour rendre possible l'anonymat des déclarations. Il reste à transmettre les feuilles d'émargement des réunions de sensibilisation des équipes. Cette sous-injonction est maintenue. **Pour le sous-item sur les procédures dédiées sur les situations de violence,** les documents transmis sont satisfaisants mais ne concernent que les professionnels. Il est attendu une procédure dédiée pour les résidents. Dans l'attente de cette procédure, cette sous-injonction est maintenue. La réponse a été apportée sur le déploiement des formations à la bientraitance au niveau des cadres de proximité et ce sous-item peut être retiré.		
Inj 2	1.4-Gouvernance-Gestion de la qualité	Renforcer le pilotage, la structuration et l'effectivité de la démarche d'amélioration continue de la qualité de la prise en charge des résidents : - Par la formalisation d'un dispositif de recueil et d'analyse centralisé des réclamations des usagers et de leurs proches, et la prise en compte notamment des CR des commissions restauration et des CR des CVS pour alimenter un plan d'actions d'amélioration de la qualité réaliste et suivi au niveau de chaque pôle et contrôlé au niveau de la direction, - Par l'établissement d'un bilan des EI et dysfonctionnements accompagné d'une analyse et d'un plan d'actions et de mesures correctrices et la présentation de ce bilan et du plan d'actions en CVS,	Oui avec transmission de 12 pièces justificatives	**Injonction maintenue** sur l'ensemble des points sauf **partiellement retirée** sur le seul point de la présentation en CVS du bilan des EI. Il est attendu les éléments suivants : - Le plan d'actions d'amélioration de la qualité - Une procédure sur le recueil des	Articles L 331-8-1 et R 331-8 et 9 CASF Article R1413-67 à 70 du CSP et R 1413-79 du CSP Article L311-3 CASF (qualité de l'accompagnement des résidents) Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS de mars 2022	6 mois

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
		- Par une analyse pluridisciplinaire des causes des dysfonctionnements au sein de chaque pôle (direction, MEDCO, cadres de santé, équipe soignante) avec les personnes impliquées dans l'EI, afin de nourrir un plan d'actions réaliste au niveau de chaque pôle, hiérarchisé en fonction de la criticité du risque correspondant et opérationnel (pilote d'action désigné au niveau du pôle et date d'échéance), - En mettant en place des évaluations régulières des pratiques professionnelles en interne, et des actions d'analyse de pratique par un intervenant extérieur aux équipes dans chacun des pôles, - En réalisant régulièrement des mini-formations aux équipes sur les bonnes pratiques professionnelles sur la base d'un calendrier prédéfini et d'un suivi de l'effectivité de ces formations pour chacun des pôles, organisé et vérifié au niveau de la direction, Il est attendu la transmission du plan d'actions d'amélioration de la qualité, du CR de CVS de présentation du bilan des EI et du plan d'actions, des procédures révisées et des feuilles d'émargement des formations et des réunions d'informations et de sensibilisation des professionnels dans chacun des pôles.		réclamations formalisée explicitant les sources de l'information, le support et le circuit de l'information - Sur les REX : révision des fiches de postes des cadres de santé à titre d'exemple ; CR des réunions d'analyse des REX, feuilles d'émargement. - Contrat ou mission de l'intervenante extérieure pour les analyses de pratique avec précision sur le rythme des interventions. - Il est attendu la transmission d'un calendrier par pôle des mini-formations, les feuilles d'émargement des formations et des réunions		

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
				d'informations et de sensibilisation des professionnels dans chacun des pôles.		

Réponse de l'établissement :

Inj 2 - 2023 03 13 CR PV de transition.pdf
Inj 2 - 2023 05 11 CR approuve CVS mai.pdf
Inj 2 - 2023 09 21 compte rendu CVS.pdf
Inj 2 - 2023 12 19 compte rendu CVS.pdf
Inj 2 - 2024 04 04 CVS CR Signé .pdf
Inj 2 - 2024 10 09 CR CVS signé.pdf
Inj 2 - 2024-07-04 Compte rendu CVS.pdf
Inj 2 - 2025 01 23 CR du CVS signé.pdf
Inj 2 - Bilan qualité 2022 - CVS.pdf
Inj 2 - Point qualité - CVS 3 du 21 septembre 2023.pdf
Inj 2 - Point qualité CVS 2024 07 04.pdf
Inj 2 Démarche qualité 2023 MRG - CVS 2024 04 04.pdf

- Formalisation du recueil des réclamations et prise en compte des commissions restauration

La direction de la MRG a décidé de reprendre le pilotage des commissions de restauration et notamment la rédaction des comptes rendus, jusqu'alors confiée au prestataire du service de restauration Medirest. Les actions nécessaires seront détaillées par pôle et alimenteront le plan d'action d'amélioration de l'établissement (PACQ). Le fichier de suivi des plaintes et réclamations

Analyse de la réponse et motivation de la décision :

L'établissement a transmis à l'appui de sa réponse les CR de CVS (2023 à 2025) et les présentations qui y ont été faites par la responsable qualité sur le bilan des EI et EIG classés par thématique ; le récapitulatif des plaintes, réclamations et remerciements ; les audits ; le plan d'actions correctrices et les REX.

Cette réponse documentée permet de lever la sous-injonction relative à la présentation en CVS d'un bilan des EI et dysfonctionnements.

En revanche, les autres éléments de preuve demandés n'ont pas été transmis, ce qui ne permet pas de documenter les éléments de réponse fournis par l'établissement sur l'ensemble des sous-items. Le plan d'actions d'amélioration de la qualité en particulier n'est pas transmis.

S'agissant de la sous-injonction relative à la formalisation du recueil des réclamations et prise en compte des commissions restauration pour alimenter le plan d'amélioration de la qualité, la réponse présente l'organisation mise en place pour améliorer la centralisation du suivi des plaintes et réclamations (fichier de suivi prenant en compte les plaintes exprimées en CVS et lors des commissions restaurations ; CR des commissions de restauration assuré par la direction de la MRG).

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
tient désormais compte des plaintes et réclamation exprimées en CVS ainsi que lors des commissions restauration - Présentation en CVS d'un bilan des EI et dysfonctionnement Le bilan des EI et des dysfonctionnements était fait depuis 2023, cependant ce point évoqué à l'oral ne figurait pas à l'ordre du jour même si les présentations sur la qualité (dont analyse des EI et EIG, enquêtes, suivi des plaintes, retex et analyse des dysfonctionnements) étaient bien mentionnées mais sans détail dans les comptes-rendus de CVS (cf. mail d'envoi de PPT-qualité à la présidente du CVS). La responsable qualité est désormais officiellement invitée au CVS et ce point figure expressément à l'ordre du jour. - Analyse pluridisciplinaire des causes de dysfonctionnements par pôle Lors de la mission d'inspection, nous vous avons transmis la liste des REX et nous complétons ici avec la transmission des comptes-rendus de chacune des réunions de retour d'expérience pour 2023 et 2024 (respectivement 10 et 11). Vous constaterez que ces comptes-rendus comportent un tableau d'actions avec pilote désigné nommément. Depuis septembre 2023, sont également organisées des cellules « EI». Il s'agit déjà pour nous d'instances existantes et privilégiées pour l'analyse pluridisciplinaire des dysfonctionnements. En outre, la fréquence des réunions d'analyse pluridisciplinaire (actuellement tous les trimestres pour chaque pole, soit 16 réunions / an) pourrait être augmentée et leur pilotage doit être confié aux cadres de pôle, l'objectif étant une appropriation complète de cette démarche et leur déroulement en dehors de la présence des responsables Qualité. - Evaluation régulière des pratiques professionnelles en interne et analyse des pratiques		La réponse n'est pas étayée par un élément de preuve. Il est attendu en particulier une procédure formalisée explicitant les sources de l'information, le support et le circuit de l'information. S'agissant de l'analyse pluridisciplinaire des causes de dysfonctionnements par pôle, la direction a prévu de renforcer l'implication des cadres de santé en leur confiant le pilotage des REX pour une appropriation complète de la démarche REX qui pourrait alors s'intensifier et se dérouler en dehors de la présence des responsables qualité. Cette organisation répond à l'injonction mais doit être renforcée par des éléments probants (révision des fiches de postes des cadres de santé à titre d'exemple ; CR des réunions d'analyse des REX, feuilles d'émargement). S'agissant de l'analyse des pratiques, de la même façon, des documents probants de la mission de l'intervenante doivent être fournis (contrat). La réponse n'évoque que deux jours consécutifs d'analyse des pratiques, renvoyant la régularité des analyses des pratiques au REX et aux audits internes. Au regard de la situation constatée lors de la mission d'inspection, une analyse des pratiques par un intervenant extérieur de façon régulière s'avère nécessaire. La réponse se limitant à deux jours ponctuels d'analyse des pratiques, n'est pas totalement satisfaisante de ce point de vue. S'agissant des mini-formations, la réponse est très riche mais n'aborde pas la question du calendrier sur l'ensemble des pôles alors que la mission d'inspection a pu constater des pratiques hétérogènes selon les pôles et même selon les étages des pôles.			

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
		Nous avons missionné une intervenante externe, [redacted] pour intervenir à la MRG dans le cadre de groupes d'analyse des pratiques (GAP). Son intervention est programmée les 9 et 10 décembre 2025. En interne, l'analyse des pratiques passe surtout par les retours d'expérience (REX) et par la programmation d'audits internes sur des thèmes couvrant tout le champ de la prise en charge : la douleur, l'identito-vigilance, les contentions, l'hygiène des offices, le circuit DASRI, les escarres, l'hygiène bucco-dentaire, les médicaments. - Mini-formations sur les bonnes pratiques Nous sommes convaincus de l'importance de ces temps brefs mais efficaces de rappel et formation sur les bonnes pratiques. Nous avions déjà organisé ce type de formation « flash » ou mini-formations (30 minutes à 1 heure) en 2023 et 2024 sur des thèmes comme la déglutition, les régimes alimentaires ou l'installation au fauteuil. Ces formations (les « temps bonnes pratiques ») vont être intensifiées, leur pilotage va être davantage confiés aux cadres de pôle et leur format va être modifié (par exemple en faisant faire la présentation par un soignant, ou encore en confiant la présentation à des référents par pôle et par thématique de prise en charge (référent IDE ou aide-soignant selon les thématiques). Nous prévoyons aussi de modifier le format de ces mini-formations en y insérant des tests immédiats de compréhension sous forme de mini-quizz, questions de mise en situation ou tests pratiques (exemple de la « chambre des erreurs »). La sanctuarisation de temps de transmissions doit rendre possible ces mini-formations de manière plus régulière.		Il est attendu la transmission d'un calendrier par pôle des mini-formations, les feuilles d'émargement des formations et des réunions d'informations et de sensibilisation des professionnels dans chacun des pôles.		
Inj 3	1.4-Gouvernance-Gestion	Développer une politique de déclaration et de traitement des dysfonctionnements et évènements indésirables graves au sein de l'établissement :	Oui	**Injonction maintenue** sur l'ensemble des points, sauf **partiellement retirée** pour la déclaration systématique aux	Articles L 331-8-1 et R 331-8 et 9 CASF	6 mois

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
	de la qualité	- En encourageant les signalements internes d'EI par une clarification de la procédure sur les responsabilités incombant au personnel et à la hiérarchie, - En clarifiant le circuit de signalement interne pour les chutes relevant d'une gestion d'évènement indésirable grave afin que ces chutes soient déclarées dans le logiciel de traitement des EI et pas uniquement tracées dans le logiciel de soins, - En mettant en place une formation des professionnels afin d'inscrire le signalement interne des EI dans une culture positive de l'erreur (HAS Manuel d'évaluation 2022) pour lever les freins à la déclaration non anonymisée. - En déclarant systématiquement aux autorités administratives compétentes la totalité des dysfonctionnements et EI graves dans la gestion ou l'organisation susceptibles d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits. Il est attendu la transmission des procédures révisées et des feuilles d'émargement des formations et des réunions d'informations et de sensibilisation des professionnels dans chacun des pôles.		autorités administratives des évènements indésirables graves, dans l'attente de la transmission des éléments de preuve demandés (procédures révisées et feuilles d'émargement des formations et des réunions d'information et de sensibilisation des professionnels dans chacun des pôles)	Article R1413-67 à 70 du CSP et R 1413-79 du CSP Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des évènements indésirables des structures sociales et médico-sociales (liste des évènements indésirables).	

Réponse de l'établissement	Analyse de la réponse et motivation de la décision
Nous partageons certaines des observations de cette injonction, cependant nous ne nous reconnaissons pas dans le point concernant la transmission d'information aux autorités de tutelle. Nous vous	S'agissant de la déclaration des évènements indésirables graves, certains EIG identifiés dans les documents communiqués pour l'inspection n'apparaissent pas dans les déclarations reçues par les

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
transmettons à l'appui de notre réponse les éléments montrant notre transparence et diligence dans le partage d'informations sur les EI et EIG. - Encouragement des signalements internes, clarification des responsabilités Il est exact qu'un flou a pu exister - au moins sur un des pôles de la MRG - quant au rôle respectif des cadres et des soignants dans la déclaration d'EI, flou pouvant occasionner un risque de non-déclaration. Comme indiqué, le paramétrage de [redacted] a été modifié pour rendre possible - si tel est le souhait du déclarant - une déclaration anonyme. Désormais seuls les responsables qualité ont connaissance du nom de la personne ayant déclaré, ce qui protège le déclarant. - Signalement des chutes La procédure de signalement des EI a été mise à jour à la fois pour rappeler l'anonymisation possible mais aussi pour indiquer que toutes les chutes (pas seulement les chutes graves) doivent désormais être déclarées sur Blue Medi. Nous sommes également engagés dans un projet destiné à créer pour chaque salarié un compte personnel [redacted] Identifiant et mot de passe) en lien avec la DSI de la Fondation.. - Formation des professionnels « culture positive » Comme indiqué plus haut, les personnels soignants ont été informés par leur cadre de ces changements de procédure et de la nouvelle possibilité d'anonymisation.				autorités administratives. Cependant, depuis l'inspection, l'EHPAD déclare régulièrement les dysfonctionnements relatifs à la prise en charge des usagers et du respect de leur droits ce qui permet de lever la sous-injonction relative à la déclaration systématique aux autorités administratives compétentes la totalité des dysfonctionnements et EI graves. Le paramétrage du logiciel [redacted] permettant une déclaration anonyme ne répond que partiellement à la demande de clarification des responsabilités entre les cadres et les soignants. La procédure de signalement des EI révisée, afin de rappeler l'anonymisation et d'indiquer la déclaration nécessaire de toutes les chutes, n'a pas été transmise. Les feuilles d'émargement des réunions de sensibilisation n'ont pas été transmises.		
Inj 4	3.8-Prise en charge-Soins	Sécuriser la distribution, l'administration et l'aide à la prise des médicaments : 1/ Pour tout résident présentant des troubles de la déglutition, en apposant sur la prescription une mention indiquant que les traitements doivent être écrasés. Le prescripteur, en lien avec la PUI, doit s'assurer préalablement que les formes prescrites sont bien écrasables.	Oui	**Injonction maintenue** sans modification dans l'attente de la mise en œuvre effective des actions et de la transmission des éléments de preuve.	Article L 311-3 1°du CASF Article L 313-12 V du CASF Article L313-26 du CASF et R 4311-4 du CSP	6 mois

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
		2/ En permettant l'identification, par une liste et ou par une mention apposée par la pharmacie sur les sachets, des médicaments écrasables ou diluables. La liste des médicaments écrasables ou ouvrables doit être connue des infirmiers, constamment à leur disposition et régulièrement consultée. 3/ En établissant un protocole et mode opératoire spécifique sur le broyage des médicaments, définissant les responsabilités de chaque partie (médecin, IDE et AS) 4/ En formalisant les délégations d'administration des médicaments des IDE aux AS, d'une part, et aux AES chargés de l'aide aux actes de la vie courante, en leur présence, d'autre part. 5/ En formant les AS et en établissant la liste du personnel AS formé et habilité à administrer les médicaments dans les limites prévues par la réglementation 6/ En assurant la mise à disposition d'un équipement informatique en nombre suffisant, opérationnel et connecté pour permettre la consultation des prescriptions avant la dispensation des médicaments 7/ En traçant en temps réel l'administration des médicaments avec la mention des difficultés rencontrées et des médicaments pris ou non afin de limiter le risque d'effet indésirable ou d'absence d'efficacité (surdosage, non administration etc) 8/ En contrôlant la durée d'utilisation des produits de santé et médicaments à usages multiples après leur mise en service, et en respectant les dates de péremption				

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
		9/ En maintenant les médicaments sous blister pour rendre l'identification possible jusqu'à l'aide à la prise 10/ Les procédés d'identification des résidents lors de la distribution des médicaments doivent être renforcés, pour éviter tout éventuelle erreur d'administration, notamment lors des remplacements d'infirmier. Les piluliers doivent mentionner de manière lisible les noms et prénoms des résidents et préciser le numéro de la chambre et ou la photo du résident 11/ Des formations et sensibilisation des professionnels à la prise en charge médicamenteuse doivent être réalisées et s'appuyer sur des référents (MedCo, pharmacien, cadre de santé), et la liste d'émargement adressée à l'ARS. Transmettre à l'ARS les éléments de preuve de la conformité de la traçabilité de l'administration de médicaments, ainsi que les moyens permettant l'identitovigilance lors de l'administration des médicaments, la liste des médicaments écrasables ou diluables, le protocole de broyage des médicaments diffusé aux IDE, la liste des AS formées et habilités à l'administration des médicaments, les feuilles d'émargement des formations.				

Réponse de l'établissement :	Analyse de la réponse et motivation de la décision
1. Pour les résidents ayant des troubles de déglutition, en apposant sur la prescription une mention indiquant que les traitements doivent être écrasés. Le prescripteur, en lien avec la PUI, doit s'assurer préalablement que les formes prescrites sont bien écrasables : Nous avons fait rajouter l'option « écraser les comprimés – ouvrir les gélules » sur la prescription médicale dans	La réponse détaille les actions qui seront mises en œuvre. Des éléments probants devront être transmis afin de lever l'injonction sur les points suivants :

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
	« soins actes » sur le DPI ([redacted] pour les résidents le nécessitant. Ainsi, les IDE pourront sortir la liste des résidents avec cette prescription. Nous allons vérifier la cohérence entre notre livret thérapeutique et la dernière mise à jour de la liste de l'OMEDIT Normandie (liste préférentielle de médicaments adaptés aux sujets âgés en EHPAD) afin que tous les médicaments écrasables pour les sujets âgés sont bien identifiés dans le livret thérapeutique. Nous allons mettre à disposition des soignants cette liste sous forme de carnet format A5 plastifié. 2. En permettant l'identification, par une liste ou par une mention apposée par la pharmacie sur les sachets, des médicaments écrasables ou diluables. La liste des médicaments écrasables ou ouvrables doit être connue des IDE constamment à leur disposition et régulièrement consultée : Le circuit des médicaments écrasés va être retravaillé avec la mise à jour de la procédure, afin que celle-ci mentionne bien la préparation des sachets identifiés. Comme indiqué plus haut, la liste des médicaments pouvant être écrasés sera diffusée sur tous les chariots de médicaments de l'ensemble des pôles ainsi que le carnet de l'OMEDIT Normandie. 3. En établissant un protocole et un mode opératoire spécifique sur le broyage des médicaments, définissant les responsabilités de chaque partie : le 4 avril, un test d'usage du nouveau broyeur va être effectué en présence de la pharmacie et de l'ensemble des soignants concernés. Le protocole correspondant sera mis à jour et diffusé à l'ensemble des équipes. 4. En formalisant les délégations d'administration des médicaments des IDE aux AS, d'une part, et aux AES chargés de l'aide aux actes de la vie courante, en leur présence, d'autre part. A ce jour, les AS de nuit ont été formés à l'administration du médicament et disposent déjà à cette fin d'une délégation formelle de la part des IDE de jour/de nuit. Ces AS ont accès aux traitements de nuit de l'ensemble des résidents qu'ils prennent en charge. La direction des soins s'engage à former l'ensemble des AS et des IDE de jour comme de nuit à cette responsabilité en en		- la procédure et/ou mode opératoire spécifique, mis à jour, sur le broyage des médicaments, définissant les responsabilités de chaque partie (médecin, IDE et AS) ; - la procédure d'administration de médicaments remise à jour et précisant les délégations de tâches possibles entre IDE et AS, et le cas échéant AES, en distinguant les personnels de jour et de nuit ; les médicaments exclus du champ de la délégation seront à mentionner ; - la formation et les modalités d'habilitation des AS voire AES à la délégation d'administration des médicaments ; - le calendrier de déploiement du projet OSIRIS « mobile » avec la mise à disposition de tablettes permettant d'assurer la traçabilité en temps réel et dans l'attente, la mise en place d'une traçabilité « papier » de l'administration sur la base d'un plan d'administration ; - une preuve visuelle des piluliers réétiquetés avec les noms et prénoms des résidents bien visibles ainsi que leur photo ; - le plan de formation pour l'année 2025 sur la sécurisation du circuit du médicament ;		

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
	présentant les modalités de mise en œuvre. La procédure actuelle d'administration de médicaments mentionne bien la délégation de tâches entre IDE et AS, mais elle ne distingue pas entre personnels de jour et de nuit. Une mention sera rajoutée concernant les AES. 5. En formant les AS et en établissant la liste du personnel AS formé et habilité à administrer les médicaments dans les limites prévues par la règlementation : Suite aux formations qui seront dispensées à l'ensemble des AS, la direction des soins s'engage à établir la liste de tous les professionnels habilités à administrer des médicaments. Cette liste sera transmise à la PUI, aux médecins, aux IDE et mise à disposition dans les services. 6. En assurant la mise à disposition d'un équipement informatique en nombre suffisant, opérationnel et connecté pour permettre la consultation des prescriptions avant la dispensation des médicaments : notre version du logiciel de soins ([redacted] que nous prévoyons de remplacer prochainement, ne permet pas à ce jour un accès en version mobile. Elle nous contraint pour l'instant à l'usage de PC posés sur les chariots, et nous partageons votre constat d'insatisfaction sur ces modalités d'accès au dossier des habitants. Nous avons contacté l'éditeur du Logiciel ([redacted] our étudier avec eux la possibilité d'obtenir des tablettes qui nous permettraient de déployer, avant le futur changement de logiciel de soins, la version mobile du logiciel ([redacted] ous sommes également convaincus que l'usage de tablettes permettrait aux soignants d'avoir accès, d'une façon ergonomique, aux dossiers informatisés des habitants, ce qui faciliterait le suivi des prescriptions et la traçabilité de l'administration ou non du médicament. Une présentation par le fournisseur va être programmée avec des groupes utilisateurs représentant les différentes fonctions : AS, IDE, médecins, cadres de santé.				

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
	7. En traçant en temps réel l'administration des médicaments avec la mention des difficultés rencontrées et des médicaments pris ou non afin de limiter le risque d'effet indésirable ou d'absence d'efficacité (surdosage, non-administration etc). Si la faisabilité du projet [redacted] mobile était confirmée, son déploiement permettrait aux professionnels de tracer en temps réel l'administration ou non des médicaments, les difficultés rencontrées, et les effets secondaires qui pourraient surgir. La procédure actuelle souligne l'importance de cette traçabilité. Des audits d'administration de médicaments avaient déjà été organisés et ont soulevé cette difficulté. Dans l'immédiat, la direction des soins a aussi demandé à la DSI de modifier le paramétrage du logiciel actuel afin de retirer la possibilité de valider l'ensemble du traitement « en bloc ». L'objectif est d'obliger les professionnels à valider chaque médicament pour en assurer la sécurité et limiter les risques (notamment si le médicament est à écraser, si un médicament n'a pas été pris, si des difficultés ont été rencontrées sur un médicament en particulier, etc.) 8. En contrôlant la durée d'utilisation des produits de santé et médicaments à usages multiples après leur mise en service, et en respectant les dates de péremption : Des rappels seront faits à l'ensemble des professionnels impliqués dans le circuit du médicament, afin de sécuriser au mieux la prise en charge médicamenteuse. La fréquence des audits et de leur retour d'expérience sera augmentée. Ce point sera souligné dans la procédure, les fiches de postes et dans le rappel des engagements professionnels mentionné en réponse à l'injonction n°1. En termes RH, le constat du non-respect de cette consigne après rappel par tout professionnel entrainera la convocation à entretien disciplinaire. 9. En maintenant les médicaments sous blister pour rendre l'identification possible jusqu'à l'aide à la prise : Des rappels seront faits à l'ensemble des professionnels impliqués dans le circuit du médicament, afin de sécuriser au mieux la prise en charge médicamenteuse. La fréquence des audits et de leur retour d'expérience sera augmentée. Ce point sera souligné dans la procédure,				

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
	les fiches de postes et dans le rappel des engagements professionnels mentionné en réponse à l'injonction n° 1. En termes RH, après ces rappels, le constat du non-respect de cette consigne entrainera la convocation à entretien disciplinaire du professionnel concerné.				
	10. Les procédés d'identification des résidents lors de la distribution des médicaments doivent être renforcés, pour éviter tout éventuelle erreur d'administration, notamment lors des remplacements d'infirmier. Les piluliers doivent mentionner de manière lisible les noms et prénoms des résidents et préciser le numéro de la chambre et ou la photo du résident : Après concertation interne, l'option retenue par l'établissement pour sécuriser davantage le processus et minimiser les risques d'erreur liée à l'identitovigilance est celle du rajout d'une photo du résident sur chaque pilulier. Cet ajout sera fait en lien avec les animatrices, qui veilleront à ce que les photos des habitants sur Osiris et sur les piluliers soient récentes et prises dès l'arrivée de l'habitant. Par ailleurs, des formations sur l'identitovigilance seront dispensées à l'ensemble des professionnels, portant en particulier sur les 5B (y compris dans le cadre des mini-formations pendant certains temps de transmissions). Des tests de connaissance et de réflexe dans une « chambre des erreurs » sont également prévus (procédé pédagogique déjà déployé à la MRG en 2023). Des audits seront organisés de façon plus régulière avec des REX.				
	11. Des formations et sensibilisation des professionnels à la prise en charge médicamenteuse doivent être réalisées et s'appuyer sur des référents (MedCo, pharmacien, cadre de santé), et la liste d'émargement adressée à l'ARS : La direction des soins s'engage à former et sensibiliser régulièrement l'ensemble des professionnels impliqués dans le circuit du médicament sur la sécurisation du circuit, afin d'optimiser la prise en charge et limiter les risques auprès des habitants.				

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
Inj 5	3.8-Prise en charge-Soins	Garantir que les prescriptions de médicaments et de produits de santé sont bien adaptées aux impératifs gériatriques, et en particulier que les prescriptions médicamenteuses en matière de neuroleptiques, d'hypnotiques et anxiolytiques soient limitées à ce qui est nécessaire à la qualité, la sécurité et à l'efficacité des soins.	Oui avec transmission d'un protocole sur la Prise en charge médicamenteuse des Symptômes Psychologiques et Comportementaux (SPC) dans les maladies neuro-cognitives	**Injonction maintenue** Le protocole synthétique reste à compléter. Pour certains symptômes psychologiques et comportementaux, le protocole n'indique ni la durée maximale de traitement pour les médicaments indiqués ni le délai jusqu'à la réévaluation de la pertinence/opportunité de la poursuite du traitement prescrit. Il est attendu des indicateurs de suivi sur les évolutions de pratique (à titre d'exemple suivi de la proportion de résidents sous traitement neuroleptique ou hypnotique à l'UVP et de la durée des traitements prescrits)	Article L 313-12 V du CASF Article D312-155-0 2° du CASF Article L 311-3 du CASF Article R 4127-8 du CSP Article 8 du code de déontologie médicale Recommandations de bonne pratique, HAS, Mai 2009 : « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs »	1 mois

Réponse de l'établissement

Le rapport mentionne un pourcentage élevé d'habitants pour lesquels des neuroleptiques, hypnotiques et anxiolytiques sont prescrits. Nous souhaitons apporter une précision importante : il nous semble que vous avez inclus dans votre évaluation les prescriptions médicales anticipées (dites « si besoin ») qui, comme vous le savez, sont fréquentes en psychiatrie et ne sont pas comparables avec les prescriptions systématiques. Nous soulignons aussi que notre UA accueille aussi des habitants présentant des pathologies psychiatriques anciennes, ce qui peut expliquer l'importance des prescriptions de

Analyse de la réponse et motivation de la décision :

Les actions correctrices proposées par l'établissement reposent sur une limitation de la prescription informatisée des psychotropes, sur le protocole de prise en charge médicamenteuse des symptômes psychologiques et comportementaux dans les maladies neuro-cognitives. Ce protocole a été transmis. Le protocole, qui précise la prise en charge médicamenteuse selon chaque type de symptôme psychologique et comportemental fréquemment rencontré dans les

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
		neuroleptiques. Vous avez aussi observé la fréquence de prescriptions de longue durée, et ce point va effectivement être revu par l'équipe médicale (pour réduire au strict nécessaire les prescriptions au long cours et limiter les durées de prescription selon les recommandations concernant les neuroleptiques, les benzodiazépines et les hypnotiques). L'équipe médicale s'est réunie le 25 mars pour réévaluer la prise en charge des habitants présentant des troubles du comportement perturbateurs. La pharmacienne a limité la prescription informatisée des psychotropes dans le temps avec réévaluation obligatoire. Les médecins ont créé un document portant sur la prise en charge médicamenteuse des troubles psycho-comportementaux associés aux troubles neuro-cognitifs selon les dernières recommandations 2024. Nous partageons totalement les recommandations de la HAS sur la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées et nous sommes convaincus, tout comme vous, par la pertinence des prises en charges non médicamenteuses. Ces modalités de prises en charge (non médicamenteuses) autour d'activité à portée thérapeutique sont déjà couramment connues et utilisées par l'équipe du pôle Ditza-Rina, qui accueille une UA. L'engagement de ce pôle dans la démarche et la la [redacted] engagée depuis février 2025, va conduire à accentuer encore la diminution de l'usage de psychotropes pour ces habitants. Cette démarche va amener tous les soignants à recourir davantage à des techniques d'accompagnement, de prévention et de pacification des comportements dits « Comportements d'Agitation Pathologique » (CAP) mobilisant le regard, le toucher, la parole et la verticalisation, et tenant compte avec empirisme de paramètres tels que la lumière, l'enchainement des activités, les rythmes circadiens. A ce jour, [redacted] soignants ont déjà été formés à cette approche et 3 premiers soignants à la MRG sont en formation pour être référents « [redacted] pour pouvoir accompagner au mieux les équipes dans le déploiement de cette démarche dans tous les pôles. Les 8 autres soignants et référents seront formés entre 2025 et 2026.		maladies neurocognitives, est à sa première version qui a été élaborée au mois de mars 2025. Les noms, les fonctions et les signatures des professionnels l'ayant élaboré ainsi que le nom, la fonction et la signature du professionnel chargé de sa validation n'y sont pas consignés. Par ailleurs, ce protocole priorise pour chaque symptôme psychologique et comportemental les classes des molécules médicamenteuses à prescrire en première intention avec la durée de traitement nécessaire pour évaluer leur efficacité, les indications de sevrage ainsi que les principaux effets indésirables. Cependant, pour certaines molécules médicamenteuses (e.g. agressivité verbale et [redacted] a durée de leur prescription ainsi que le moment de réévaluation de la pertinence et de l'opportunité de la poursuite du traitement prescrit ne sont pas consignées. En outre, lors du traitement des données relatives aux prescriptions d'un traitement neuroleptique et notamment de leur analyse, une attention particulière a été accordée au codage des prescriptions au long cours versus celles de type « si besoin ». En effet, tous les résidents auxquels un traitement neuroleptique de type « si besoin » était prescrit avaient également une prescription de traitement neuroleptique au long cours. Enfin, la réponse repose aussi sur l'impact positif attendu de la f [redacted] fin que les soignants aient davantage recours à des techniques d'accompagnement, de prévention et de pacification des comportements problèmes. Il convient de mesurer par des indicateurs de suivi l'inflexion des pratiques en la matière.		
Inj 6	3.2-Prise en charge-Respect	Réviser la mise en œuvre des contentions au sein de la MRG Rothschild afin de limiter l'atteinte au droit d'aller et venir des résidents :	Oui	**Injonction maintenue** dans l'attente de la mise en œuvre effective des actions	Article L.311-4-1 du CASF,	6 mois

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
	des droits et des personnes	1. Les contentions doivent être prescrites avec une durée limitée et régulièrement ré évaluées en équipe pluridisciplinaire sur la balance bénéfices-risques. La durée maximale de prescription des contentions devrait être limitée à un mois afin de respecter les RBPP. 2. L'établissement doit recueillir le consentement de la personne ou à défaut de son entourage avant la mise en place de contentions et de toutes formes restrictives au droit d'aller et venir, et en assurer la traçabilité via la signature de l'annexe 9 au contrat de séjour qui doit mentionner les modalités de décision et de mise en œuvre de celle-ci.		envisagées par la structure et dans l'attente de la transmission d'éléments de preuve de cette mise en œuvre (paramétrage du logiciel de soins pour limiter les durées de prescription ; outil d'évaluation bénéfice-risque ; fiche de traçabilité de surveillance de la contention). L'établissement veillera à mettre en application la signature de l'annexe 9 au contrat de séjour avant la mise en place de contention.	Article L. 311-3 du CASF, Article D. 311-V 8° du CASF et articles R. 311-0-5 à -0-9 ainsi que R. 311-37-1 du CASF Modèle d'annexe au contrat de séjour dans l'annexe 3-9-1 du décret n'° 2016-1743 du 15 décembre 2016 Recommandations de bonnes pratiques professionnelles « Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée » HAS octobre 2000	

Réponse de l'établissement

1. Afin de répondre aux bonnes pratiques de prescription des contentions, nous sommes en cours d'étude avec la DSI sur des modalités pratiques de prescription et de suivi des contentions (paramétrage local du logiciel [redacted] prescription limitée dans le temps). Les médecins travaillent sur un outil d'évaluation bénéfice-risque avant toute prescription ou renouvellement de prescription. Dans cette évaluation, nous rajouterons la traçabilité de la recherche du consentement de l'habitant et de ses proches. Les médecins travaillent également sur une fiche

Analyse de la réponse et motivation de la décision :

Les actions prévues répondent au premier point de l'injonction et doivent être mises en œuvre. La preuve devra être transmise.

Pour le point 2 de l'injonction, la preuve attendue est la signature effective des annexes 9 au contrat de séjour des résidents concernés par des mesures de contention.

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
		de traçabilité de surveillance de la contention par les soignants (tolérance et acceptation) dans le logiciel Osiris 2. Le consentement de l'habitant et de ses proches sera tracé dans la fiche de surveillance sur Osiris. Nous allons mener un audit sur la conformité des prescriptions des contentions. Concernant la liberté d'aller et de venir, nous allons organiser un audit pour vérifier si les personnes identifiées à risque de sortie inopinée ont bien signé l'annexe 9 au contrat de séjour.				
Inj 7	2.5-Fonction support-Sécurités	Faire vérifier l'ensemble des dispositifs d'appel-malades, effectuer la maintenance et réparations, et fournir aux autorités de contrôle l'élément de preuve par tout moyen. Assurer un suivi effectif des délais de réponse par l'analyse des enregistrements des appels, permettant l'évaluation des réalisations et délais de réponse et sensibiliser les équipes aux risques sur la sécurité du résident en cas d'urgence.	Oui	**Injonction maintenue** en l'absence de transmission d'éléments probants	Articles L 311-3 1° et D 312-155-0, I 2° du CASF.	3 mois
Réponse de l'établissement : La nouvelle directrice des soins a pris contact avec un prestataire afin de mettre en place un nouveau dispositif de d'appel malade (OSO AI : oreille augmentée des soignants) avec réunion d'information réalisée et programmation d'un test de 3 mois dans 3 services. Dans l'immédiat, la direction s'engage avec le service technique à réparer l'ensemble des dispositifs existants défectueux afin d'assurer la sécurité nocturne des personnes accompagnées.				**Analyse de la réponse et motivation de la décision :** L'amélioration attendue porte autant sur la réalisation des maintenances du dispositif d'appel-malade que sur le suivi des temps de réponses par l'encadrement et la sensibilisation des équipes aux risques sur la sécurité du résident en cas d'urgence. La réponse de l'établissement est axée sur le fonctionnement du dispositif d'appel-malade. Les éléments de preuve ne sont pas fournis en appui de cette réponse (CR de la réunion d'information sur le test du nouveau dispositif, tableau de bord ou état des lieux des réparations effectuées).			

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
				Des actions sont également attendues sur le suivi des délais de réponse et sur les actions de sensibilisation.		

Prescriptions :

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
Presc 1	1.2-Gouvernance-Management et Stratégie	L'organisation médicale relative aux fonctions des MédCo doit être clarifiée, formalisée et homogénéisée entre les différents pôles : temps dédié de MedCo et temps consacré aux fonctions de médecin prescripteur (médecins traitants des résidents) : les missions de MedCo et celles de médecin prescripteur doivent faire l'objet de contrats et de plages horaires différenciés. La direction doit signer avec chacun des médecins coordonnateurs, un avenant au contrat mentionnant le temps d'activité au titre de la coordination médicale, et lorsque le médecin coordonnateur intervient en tant que médecin traitant, le contrat mentionné à l'article R 310-30-1 du CASF doit être signé.	Oui	**Prescription maintenue** dans l'attente de la transmission effective des avenants. Au regard du fonctionnement en pôle avec des moyens dédiés, une réflexion sur l'optimisation du temps des MedCo doit être menée. Il est fortement recommandé d'envisager une augmentation de ce temps de coordination, le besoin par pôle apparaissant supérieur aux 0,4 ETP octroyés actuellement.	Article L314-12 du CASF Article D312-159-1 du CASF Article R 310-30-1 du CASF	3 mois
Réponse de l'établissement :				**Analyse de la réponse et motivation de la décision :**		

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
Les contrats de travail des médecins ont été modifiés ; les avenants ont été signés en 2022 avec des quotités de temps dédiés « MedCo » et « médecin prescripteur ». A l'époque, les avenants n'ont pas été communiqués de façon large. Nous les récupérons auprès des médecins et nous vous les enverrons prochainement. La quotité de temps de médecin coordonnateur est la suivante sur chaque pôle : - Malka 189 lits : 0,4 - Guila 160 lits : 0,4 - Ditza-Rina 161 lits : 0,4 La quotité totale de médecin coordonnateur au sein de la MRG est donc équivalente à [redacted]ETP. Nous inclurons sur l'avenant les plages horaires dédiées à la mission de MedCo.				Prescription maintenue dans l'attente de la transmission effective des avenants aux contrats de travail. Le temps consacré à la coordination médicale, bien que conforme aux dispositions réglementaires lesquelles ne rentrent pas dans le détail au-delà de 200 places, mérite une réflexion collégiale au sein de la MRG en raison du fonctionnement dédié par pôle. Dans ce cas, une augmentation du temps de la coordination médicale par rapport aux missions de médecin prescripteur mérite d'être discutée.		
Presc 2	1.3-Gouvernance-Animation et fonctionnement des instances	Afin que les familles et les usagers puissent pleinement exercer leurs droits d'expression et d'information, veiller à la complétude de la composition du CVS et à son bon fonctionnement : le respect des représentations des différents collèges, l'adoption de son règlement de fonctionnement, le respect des règles de convocation, la formalisation et signature des PV, la tenue de réunions régulières, le respect des prérogatives du CVS et son information sur les bilans des évènements indésirables graves et les dysfonctionnements ainsi que les mesures correctrices prises pour y remédier.	Oui avec la transmission de 24 pièces justificatives	**Prescription maintenue**	Articles D.311-4, D.311-5, D.311-13 & D.311-14 du CASF. Articles D.311-5, D.311-8, D.311-9, D.311-16, D.311-17, D.311-19 et	9 mois

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
					D.311-20 du CASF. Article R.331-10 du CASF	

Réponse de l'établissement :

Nous vous envoyons les comptes rendus des CVS qui se sont tenus depuis début 2024. Cette instance se réunit de manière très régulière, et les élus locaux et tutelles sont bien conviés à ces réunions. La seule difficulté que nous rencontrons concerne le renouvellement des personnes représentant les résidents. Malheureusement plusieurs représentants des résidents sont décédés fin 2023 et début 2024 et en dépit de nos efforts (cf. message) nous n'avons pas réussi à trouver des volontaires pour remplacer ces représentants des habitants au CVS. Nous avons prévu de relancer une campagne de "recrutement" de représentants en nous concentrant sur les nouveaux entrants. Une nouvelle élection est prévue en septembre 2025. Le CVS est informé à chaque réunion des évènements indésirables graves et les dysfonctionnements, ainsi que les plans d'actions d'amélioration élaborés pour y remédier. Nous vous transmettons les points qualité présentés aux différentes réunions. Pour la présentation régulière des EI et EIG en CVS, nous vous renvoyons également à notre réponse à l'injonction n°2.

Analyse de la réponse et motivation de la décision :

La direction a transmis un ensemble de documents sur les années 2023, 2024 et le début 2025 relatifs à l'ordre du jour, le compte-rendu de la réunion et la feuille d'émargement. Le CVS se réunit régulièrement, un ordre du jour est formalisé et un compte-rendu est rédigé, il est signé par la présidente.

Cependant, la Mission ne peut s'assurer du respect des règles sur : la convocation des membres, l'approbation du règlement de fonctionnement, la composition du CVS. De même, le compte-rendu fait apparaître que :

- Le secrétaire de séance n'est pas précisé,
- Les points pour consultation et ceux pour information ne sont pas distingués,
- Les collèges n'apparaissent pas clairement pour tous les membres,
- La directrice ne peut siéger en tant que membre de droit, seulement avec voix consultative,
- Le gestionnaire ne dispose que d'un seul siège,
- Les membres titulaires et suppléants doivent être systématiquement précisés et l'absence des titulaires mentionnée,
- L'équilibre entre les différents représentants lors des réunions du CVS n'est pas toujours respecté,
- Les votes des points pour consultation ne sont pas exprimés,
- Les prises de paroles des résidents et des familles ne sont pas retranscrites dans le compte-rendu.

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'etablissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
Pres 2 - 2023 03 13 ORDRE DU JOUR CVS de transition.pdf Pres 2 - 2023 12 19 ordre du jour CVS.pdf Pres 2 - 2023 12 19 compte rendu CVS.pdf Pres 2 - 2023 12 19 feuille présence 19 dec 2023.pdf Pres 2 - 2024 04 04 CVS CR Signé .pdf Pres 2 - 2024 04 04 ordre du jour CVS .docx Pres 2 - 2024 07 04 FE CVS du 04 juillet 2024.pdf Pres 2 - 2024 07 04 ordre du jour CVS.pdf Pres 2 - 2024 10 09 CR CVS signé.pdf Pres 2 - 2024 10 09 ordre du jour CVS.docx Pres 2 - 2024 10 09 reunion CVS sur Projet RINA.pdf Pres 2 - 2024-04-04 CVS FE.PDF Pres 2 - 2024-07-04 Compte rendu CVS.pdf Pres 2 - 2024-10-09 FE CVS.pdf Pres 2 - 2025 01 23 CR du CVS signé.pdf Pres 2 - 2025 01 23 FE CVS .pdf Pres 2 - 2025 01 23 ordre du jour CVS.docx Pres 2 - CVS rapport annuel activité 2023 version Mme Herrmann.pdf Pres 2 - Rapport d'activité 2024.pdf Pres 2 - 2023 03 13 CR PV de transition.pdf Pres 2 - 2023 05 11 CR approuve CVS mai.pdf Pres 2 - 2023 05 11 ordre du jour CVS .pdf Pres 2 - 2023 09 21 compte rendu CVS.pdf Pres 2 - 2023 09 21 ordre du jour CVS.pdf			La Mission d'inspection ne peut exclure que le CVS ne se réduit pas à une chambre d'information et non une instance de dialogue avec les résidents et leurs familles.		
Prescr 3	3.2-Prise en charge-Respect des	Garantir l'expression des droits des résidents en : 1/ Formalisant et faisant signer par les deux parties (établissement et usagers et ou son représentant)	Oui avec 3 pièces justificatives relatives aux	**Prescription maintenue sur les sous-items 1, 2, 3 et 5** dans l'attente de la mise en œuvre des actions prévues. Le sous-item n°4 de la prescription est retiré.	Article L 311-3 du CASF Article L311-4 du CASF	9 mois

13 rue du Landy
93200 Saint-Denis
Tél : 01 44 02 09 00
www.iledefrance.ars.sante.fr

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
	droits et des personnes	systématiquement le contrat de séjour et en gardant la trace dans le dossier du résident ; 2/ Elaborant un projet d'accompagnement personnalisé intégrant le projet de soin pour chaque résident admis et le faisant signer au résident et/ou son représentant légal, et en assurant sa réactualisation régulière ; 3/ Assurant une information des résidents et de leurs familles sur leurs droits et voies de recours, en procédant à l'affichage de la charte des droits et des libertés et de la liste des personnes qualifiées ; 4/ Recueillant systématiquement l'avis des résidents lors des enquêtes de satisfaction ; 5/ Archivant les données à caractère médical uniquement dans le dossier médical et en stockant les dossiers médicaux papier dans des armoires fermant à clé afin de préserver la confidentialité des informations médicales. En sensibilisant et formant l'ensemble des professionnels de soins à la sécurisation des données de soins infirmiers des résidents, que ce soit sous format papier ou format numérique (sécurisation des sessions informatiques, fermeture des sessions en cas d'absence).	résultats des enquêtes de satisfaction, réalisées respectivement en 2023 à l'attention des familles et tuteurs, en novembre 2023 auprès des résidents par le prestataire restauration et enfin en juin 2024 auprès des résidents sur la thématique de l'intimité, dignité, vie privée et confidentialité.	Les éléments de preuve de la mise en œuvre des sous-items 1, 2, 3 et 5 devront être transmis : -tableau de suivi des résidents n'ayant actuellement pas de contrat de séjour formalisé et signé, -tableau de suivi avec calendrier de réalisation et de mise à jour des projets, d'accompagnement personnalisés, - CR des réunions de CVS où seront présentés la charte des droits et libertés et la liste des personnes qualifiées, -photos des serrures des armoires où sont conservés les dossiers médicaux.	Article L311-5 du CASF. Articles R4127-73 et L.1110-4 du CSP Article 226-13 du Code pénal Article R.4127-45 du CSP. Article R4312-35 du CSP Article D312-155-0 I (3°) du CASF	

Réponse de l'établissement :

1/ Formalisant et faisant signer par les deux parties (établissement et usagers et ou son représentant) systématiquement le contrat de séjour et en gardant la trace dans le dossier du résident : La direction va demander aux gestionnaires des admissions de se rapprocher de tous les

Analyse de la réponse et motivation de la décision :

Les actions correctrices sont prévues et doivent être mises en œuvre.

Le point 4 relatif aux enquêtes de satisfaction peut être retiré au regard des pièces justificatives transmises.

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
	habitants pour lesquels les contrats de séjour n'ont pas été signés avant l'admission. Les habitants concernés sont identifiés sur le registre des entrées. **2/ Elaborant un projet d'accompagnement personnalise intégrant le projet de soin pour chaque résident admis et le faisant signer au résident et/ou son représentant légal, et en assurant sa réactualisation régulière :** Nous allons nous efforcer à chaque fois que cela sera possible de faire participer les résidents à l'élaboration de leurs PAP. Nous demandons à l'encadrement de programmer la réalisation et la réévaluation des PAP. La participation des habitants à la rédaction de leurs PAP fait partie des grands axes de progrès de la MRG dans la logique de la labellisation Humanitude. **3/ Assurant une information des résidents et de leurs familles sur leurs droits et voies de recours, en procédant à l'affichage de la charte des droits et des libertés et de la liste des personnes qualifiées :** La charte et la liste des personnes qualifiées sont affichées au rez-de-chaussée et dans chaque pôle mais à des endroits qui sont effectivement peu visibles. Nous allons modifier l'emplacement de ces affichages pour améliorer leur visibilité. Nous allons présenter la charte des droits et des libertés ainsi que la liste des personnes qualifiées aux prochains CVS et réunion des familles. **4/ Recueillant systématiquement l'avis des résidents lors des enquêtes de satisfaction :** Tous les ans nous organisons une enquête de satisfaction sur différents thèmes. En 2023, nous avons souhaité avoir l'avis des familles et représentants légaux des habitants. En 2024, une enquête a été organisée auprès des habitants portant sur le respect de l'intimité, dignité et la vie privée de chaque personne accompagnée. Le prestataire Medirest a également organisé une enquête de satisfaction en novembre 2024 auprès de l'ensemble des habitants. Une nouvelle campagne est prévue en 2025, le thème sera identifié courant le 1er semestre. **5/ Archivant les données à caractère médical uniquement dans le dossier médical et en stockant les dossiers médicaux papier dans des armoires fermant à clé afin de préserver la confidentialité des informations médicales. En sensibilisant et formant l'ensemble des professionnels de soins à la sécurisation des données de soins infirmiers des résidents, que ce soit sous format papier ou format numériques (sécurisation des sessions informatiques, fermeture des sessions en cas d'absence) :**		Pour les autres points de la prescription, les éléments de preuve de la mise en œuvre devront être transmis : -tableau de suivi des résidents n'ayant actuellement pas de contrat de séjour formalisé et signé -tableau de suivi avec calendrier de réalisation et de mise à jour des projets d'accompagnement personnalisés - CR des réunions de CVS où seront présentés la charte des droits et libertés et la liste des personnes qualifiées. -photos des serrures des armoires où sont conservés les dossiers médicaux.		

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
Nous allons doter de serrures les armoires où sont conservées les dossiers médicaux (actuellement ils sont stockés dans les postes infirmiers qui sont eux-mêmes fermés à clé).						
Pre scr 4	3.2-Prise en charge-Respect des droits et des personnes	Améliorer la qualité de la prise en charge quotidienne des résidents en : 1/ Garantissant l'accès à l'intégralité du socle des prestations d'hébergement délivrées par l'EHPAD pour tous les résidents en particulier les plus vulnérables hébergés en UVP, notamment la mise à disposition systématique d'une collation nocturne et l'accès aux animations collectives et l'organisation d'activités dans les étages ; 2/ Garantissant le respect des goûts alimentaires et des aversions des résidents par une application effective des procédures de plats de substitution ; 3/ Identifiant les professionnels intervenant auprès des résidents par le port de badge systématique ;	Oui	**Prescription maintenue**	Article D312-159-2 du CASF Annexe 2-3-1 (III 2°) du CASF	3 mois

Réponse de l'établissement :

1/ Garantissant l'accès à l'intégralité du socle des prestations d'hébergement délivrées par l'EHPAD pour tous les résidents en particulier les plus vulnérables hébergés en UVP, notamment la mise à disposition systématique d'une collation nocturne et l'accès aux animations collectives et l'organisation d'activités dans les étages : Les collations nocturnes seront accessibles dans tous les étages au niveau des offices alimentaires. S'agissant de l'accès aux animations et de la vie sociale dans les étages, nous sommes conscients des difficultés actuelles. Nous avons fait une demande de subvention à une Fondation qui nous soutient régulièrement pour financer la présence d'animateurs et animatrices dans les étages des pôles. Nous avons renforcé l'équipe animation d'un ETP. Cela nous permet de proposer des animations le weekend. Nous travaillons sur

Analyse de la réponse et motivation de la décision :

1/La mission note que des actions sont prévues et engagées pour améliorer l'accès aux animations et l'organisation d'activités dans les étages (demande de subventions pour renforcer les temps d'animateurs, recrutement d'un animateur supplémentaire, externalité positive attendue de la formation Humanitude sur l'implication de l'ensemble des professionnels dans la vie et l'animation des étages). Ces actions constituent un début de réponse mais paraissent insuffisantes au regard de la taille de l'établissement. Aucune réponse n'est apportée sur la situation de l'UVP en particulier. Les éléments probants ne sont pas transmis (contrat de travail de l'animateur recruté, planning des animations). La mission note qu'il n'est pas prévu d'actions de sensibilisation des équipes sur

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
l'organisation de leurs interventions respectives sur l'ensemble des étages dans les pôles. L'équipe animation a déployé de nouvelles activités en collaboration avec le référent « activités physiques et sportives » dans les pôles, comme la gym douce, la marche en extérieur. Nous attendons également beaucoup du déploiement de la démarche Humanitude, en termes de vie d'étage et d'implication de tous les personnels dans la vie et l'animation. Nous allons former plusieurs professionnels (AS) pour les amener à la compétence ASG. **2/ Garantissant le respect des goûts alimentaires et des aversions des résidents par une application effective des procédures de plats de substitution :** Ce point très important concerne l'articulation entre le travail de notre prestataire Medirest, l'utilisation du logiciel [redacted]t la vigilance des équipes soignantes sur les chariots remontant des cuisines et destinés aux Habitants, notamment sur la vérification à faire des plats et des textures pour les personnes concernées. Nous allons dans l'immédiat rappeler l'importance de cette dernière vérification qui fera partie du document "rappel des engagements professionnels": vérifier ce qui est saisi sur Hestia en termes de textures, régimes, goûts, aversions. La direction s'engage à mobiliser les gouvernantes dans un premier temps pour vérifier le bon contrôle des chariots et dans un second temps, des audits inopinés seront organisés par les gouvernantes. Nous allons élaborer une fiche contradictoire de vérification auprès de la cuisine. **3/ identifiant les professionnels intervenant auprès des résidents par le port de badge systématique :** La lingerie procède depuis deux mois au marquage des noms, prénoms et fonctions de toutes les tenues professionnelles. Les premières tenues sont portées, le pourcentage de salariés portant des tenues identifiées augmente progressivement.			la proposition de collation nocturne, ni sur l'accompagnement des résidents aux activités. 2/ Les mesures envisagées paraissent appropriées. Des preuves de la mise en œuvre sont attendues. 3/ Le marquage des tenues professionnelles doit être exhaustif.		
Pre sc 5	2.1- Fonctions support-Gestion des RH	Engager un plan de recrutement, d'attractivité, de cdisation et de fidélisation des personnels, vérifier systématiquement les diplômes des salariés, y compris ceux en CDD courts, et assurer quotidiennement dans : 1- les effectifs soignants diurnes et nocturnes, matin et soir, de chaque unité, la présence de personnels stables disposant des qualifications attendues (certification ou	Oui	**Prescription maintenue** en l'absence de transmission d'éléments de preuve. Il est attendu la transmission des contrats des personnes embauchées en CDI depuis septembre 2024 avec leurs diplômes, le RUP, les tableaux de suivi mentionné sur l'évolution des effectifs entre CDD et CDI ainsi que les plannings des IDE et des	Article L 311-3 du CASF Article D 312-155-0 II du CASF	3 mois

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
		diplôme d'Etat d'Aide-Soignant (AS), d'aide médico-psychologique (AMP) ou d'accompagnant éducatif et social (AES)) en adéquation avec les besoins des résidents. Les effectifs doivent correspondre aux effectifs cibles pour une prise en charge homogène tout au long de la journée et des jours qui se suivent. 2- chacune des unités de l'EHPAD la présence du nombre d'infirmiers requis afin de répondre aux besoins en soins infirmiers des résidents. Transmettre les documents qui en attestent.		personnels soignants dans chacun des pôles explicitant les écarts entre la cible et le réalisé.		

Réponse de l'établissement :

1- **Les effectifs soignants diurnes et nocturnes, matin et soir, de chaque unité, la présence de personnels stables disposant des qualifications attendues (certification ou diplôme d'Etat d'Aide-Soignant (AS), d'aide medicopsychologique (AMP) ou d'accompagnant éducatif et social (AES)) en adéquation avec les besoins des résidents. Les effectifs doivent correspondre aux effectifs cibles pour une prise en charge homogène tout au long de la journée et des jours qui se suivent :** Organisation de journées d'accueil de nouveaux arrivants avec petits-déjeuners d'accueil, présentation des postes et des formations possibles, communication plus active sur la marque employeur (dont "goodies"). Vaste plan CDI-isation engagé à partir de septembre 2024. Les recrutements effectués se sont concentrés sur les aides-soignant(e)s. Effort important réalisé pour faire baisser le taux d'ETP en CDD. L'objectif est d'atteindre le taux maximum de 10% de vacataires pour 90% de CDI. Cette évolution est suivie tous les mois. A ce jour, nous avons recruté en CDI : [redacted]nfirmiers diplômés d'État, 2[redacted] aides-soignants, 3 gouvernantes, 2 psychologues, 1 IDEC, [redacted]Animatrices, 1 kinésithérapeute, 1 ergothérapeute. Nous avons réactivé les places de stage dédiées pour les étudiants IDE et AS ainsi qu'un partenariat avec des IFSI

Analyse de la réponse et motivation de la décision :

La réponse faite au point 1 porte sur le plan de recrutement en CDI et sur les opérations de valorisation de la marque employeur. L'effort déployé par l'établissement est important et le résultat est déjà significatif sur le nombre d'IDE et d'AS concernés. La réponse mériterait d'être complétée sur la gestion des plannings et le fait que des périodes de sur-effectif et de sous-effectif par rapport à une organisation cible ont été régulièrement constatées sur l'ensemble des pôles (Cf écart 19 et remarque 33 du rapport d'inspection).

La réponse faite au point 2 ne permet pas de savoir si le ratio d'encadrement des IDE a été augmenté. Le rapport d'inspection indiquait page 56 (Cf remarque 20) que le ratio d'IDE demeurait insuffisant en prenant en compte les CDI et les CDD d'IDE. Il manquait l'équivalent de[redacted] ETP. Aucune réponse n'est apportée sur le rôle des cadres de santé afin de savoir si l'organisation prévoit que ces derniers pallient les absences d'IDE dans leurs pôles respectifs.

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
2- **Chacune des unités de l'EHPAD la présence du nombre d'infirmiers requis afin de répondre aux besoins en soins infirmiers des résidents** : Depuis fin 2024, grâce à la campagne de recrutement d'IDE et d'AS en CDI, nous avons recruté [redacted] DE et [redacted] IDEC. La campagne de recrutement continue en vue d'atteindre l'objectif de 90% de personnes en CDI.						
Presc 6	3.8-Prise en charge-Soins	Revoir l'organisation et la réalisation des soins pour permettre une prise en charge qualitative et sécurisée des résidents et transmettre les documents qui en attestent : - Tracer systématiquement dans le dossier médical du résident les éléments colligés lors du bilan de kinésithérapie initial et notamment les résultats des tests évaluant ses capacités motrices, même si ceux-ci ne sont pas évaluables en l'indiquant dans son dossier médical ; - Réaliser et tracer dans son dossier médical systématiquement la recherche d'un trouble de la déglutition à l'admission du résident à partir de son domicile ; - Pour les résidents qui le nécessitent, faire réaliser par des orthophonistes une évaluation spécialisée des troubles dysphagiques afin de préciser le diagnostic des troubles de la déglutition ; - Réaliser et tracer systématiquement la synthèse médicale annuelle dans les dossiers des résidents ; - Tracer systématiquement la prescription de la texture alimentaire dans le dossier médical de chaque résident et mettre en place une procédure graduée pour le passage	Oui	**Prescription maintenue** en l'absence de réponses probantes sur chacun des sous-items de la prescription. S'agissant de la traçabilité du bilan de kinésithérapie, il conviendra de transmettre la fiche de poste ou les fonctions associées à la notion de rééducatrice référente.	Article R 4321-2 du CSP Articles L311-3 ; D312-155-0 et D312-158 du CASF ; Articles L1110-1, L1110-5, L1112-4 du CSP. Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus ; HAS, novembre 2021	3 mois

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
		de repas à texture normale au repas à texture mixée (recours à texture hachée) ; - Assurer le suivi mensuel du poids particulièrement chez les résidents dénutris. ; - Tracer systématiquement dans le dossier médical les IMC calculés mensuellement pour chaque résident accueilli au sein de l'EHPAD Rothschild ; - Réunir le Comité de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN) ;				

Réponse de l'établissement :

Tracer systématiquement dans le dossier médical du résident les éléments colligés lors du bilan de kinésithérapie initial et notamment les résultats des tests évaluant ses capacités motrices, même si ceux-ci ne sont pas évaluables en l'indiquant dans son dossier médical : une rééducatrice a été désignée référente de l'équipe. Le rappel de la traçabilité du bilan initial va être initié auprès des rééducateurs. Ce rappel de la traçabilité avait déjà été fait à l'occasion de la coupe Pathos de janvier 2024 pour les nouveaux habitants admis.

L'ensemble des actions ci-dessous sont en cours de généralisation :

- Réaliser et tracer dans son dossier médical systématiquement la recherche d'un trouble de la déglutition à l'admission du résident à partir de son domicile ;
- Pour les résidents qui le nécessitent, faire réaliser par des orthophonistes une évaluation spécialisée des troubles dysphagiques afin de préciser le diagnostic des troubles de la déglutition;
- Réaliser et tracer systématiquement la synthèse médicale annuelle dans les dossiers des résidents ;

Analyse de la réponse et motivation de la décision :

Seul le premier sous-item de la prescription, relatif à la traçabilité du bilan de kinésithérapie fait l'objet d'une réponse avec la désignation d'une rééducatrice référente de l'équipe. Il n'est toutefois pas précisé le rôle associé à cette fonction de référente. Des rappels de traçabilité du bilan initial seront initiés auprès des rééducateurs. Il n'est pas précisé par qui sera effectué le rappel (référente?). L'ensemble des autres sous-items sont indiqués en cours de généralisation sans autre précision. Enfin, il est indiqué que trois réunions du comité de liaison alimentation (CLAN) sont prévues en 2025, mais sans préciser le calendrier.

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
➢ Tracer systématiquement la prescription de la texture alimentaire dans le dossier médical de chaque résident et mettre en place une procédure graduée pour le passage du repas à texture normale au repas à texture mixée (recours à texture hachée) ; ➢ Assurer le suivi mensuel du poids particulièrement chez les résidents dénutris. ; ➢ Tracer systématiquement dans le dossier médical les IMC calculés mensuellement pour chaque résident accueilli ; ➢ Réunir le Comité de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN) : 3 réunions de CLAN sont prévues en 2025						
Presc 7	3.8-Prise en charge-Soins	Améliorer et renforcer l'évaluation médicale à l'admission du résident : - Réaliser systématiquement un examen clinique à l'admission et en assurer systématiquement la traçabilité dans le dossier médical ; - Réaliser systématiquement un bilan gériatrique à l'admission d'un résident ; - Réaliser à l'admission du résident une prescription médicale de régime alimentaire en adéquation avec ses antécédents personnels ;	Oui avec la transmission du CR d'une réunion du 25 mars 2025 sur le paramétrage d'Osiris™ dans le cadre du bilan médical d'entrée.	**Prescription maintenue** dans l'attente de la transmission des paramétrages du logiciel de soins sur le bilan gériatrique et sur la synthèse médicale annuelle. En ce qui concerne l'interface mise en place dans le logiciel [redacted]pur assurer la traçabilité de l'interrogatoire et l'examen clinique des résidents lors de leur admission au sein de l'établissement, des captures d'écran de cette interface constitueront la preuve de son effectivité.	Article L311-3 du CASF ; ArticleD312-158 du CASF Articles L1110-1 et L1110-5 du CSP.	1 mois
Réponse de l'établissement : L'équipe médicale a élaboré l'examen clinique à l'admission qui sera bientôt intégré sur Osiris (paramétrage local). Nous allons faire de même pour le bilan gériatrique et la synthèse médicale annuelle.				**Analyse de la réponse et motivation de la décision :** Nous prenons acte de l'enclenchement de mesures correctrices pour renforcer et améliorer l'évaluation médicale à l'admission. Il manque toutefois des éléments probants sur le paramétrage effectif du logiciel de soins, et ensuite sur le renseignement effectif dans le logiciel de ces items. Le travail est à poursuivre sur l'aspect bilan gériatrique et synthèse médicale annuelle.		

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
Pre sc 8	3.8-Prise en charge-Soins	Revoir et rédiger des procédures dans le but d'améliorer la prise en charge médicale du résident : - Mettre en place une procédure complète d'évaluation, de suivi et de traçabilité des chutes avec explicitation des signes de gravité, de même que des réunions pluridisciplinaires de bilan des chutes des résidents ; - Mettre en place une procédure d'évaluation nutritionnelle prenant appui sur les dernières recommandations professionnelles en matière de diagnostic et de prise en charge de la dénutrition, de suivi et de traçabilité du poids et du taux de dénutrition des résidents et indiquer les mesures de renutrition recommandées (enrichissement des plats pour les résidents dénutris, CNO) ; - Elaborer les procédures de soins relatives aux maladies chroniques (e.g. diabète, épilepsie) et sensibiliser les professionnels soignants quant à leur contenu ; - Mettre à jour la procédure d'évaluation, de suivi et de traçabilité de la douleur des résidents, y inclure la collaboration IDE/AS lors de la distribution et aide à la prise d'un traitement, et former les professionnels ; - Actualiser les procédures d'accueil des nouveaux soignants mentionnant les protocoles en usage dans l'établissement et comment y accéder.	Oui	**Prescription maintenue** en l'absence de transmission d'éléments probants. Il est attendu la transmission des procédures complétées et mises à jour sur les chutes, l'évaluation nutritionnelle, l'évaluation de la douleur, l'accueil des nouveaux soignants et enfin celles sur les maladies chroniques. Des CR de réunions pluridisciplinaires sur le bilan des chutes sont également attendus. Des preuves de sensibilisation des équipes aux procédures doivent être transmises (CR des réunions d'équipes avec feuilles d'émargement).	Article L311-3 du CASF ; Article D312-155-0 du CASF ; ArticleD312-158 du CASF Article L1110-5-3 du CSP Articles L1110-1, L1110-5, L1112-4 du CSP. Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus ; HAS, novembre 2021 Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée, HAS, 2007	3 mois
Réponse de l'établissement :				**Analyse de la réponse et motivation de la décision :**		

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
Un groupe de travail est prévu pour mettre à jour la procédure de prévention et prise en charge des chutes. Nous avons d'ores et déjà travaillé sur la procédure d'évaluation nutritionnelle et sur la procédure d'évaluation, de suivi et de la traçabilité de la douleur des habitants. La collaboration entre IDE et AS lors de la distribution et l'aide à la prise d'un traitement est déjà inscrite dans la procédure d'administration des médicaments. Pour les maladies chroniques, une présence médicale est assurée H24 pour gérer les urgences particulières. La procédure d'évaluation, de suivi et de traçabilité de la douleur a été mise à jour en mars 2025. On y inclura la collaboration entre IDE et AS pour la distribution et l'aide à la prise de traitements antalgiques de palier 1. Depuis février 2025, une nouvelle procédure d'accueil et d'intégration des nouveaux salariés a été élaborée. Elle a été travaillée par une équipe pluridisciplinaire et mise en vigueur depuis lors.				La mission comprend que la procédure relative aux chutes n'a pas encore été complétée et que les réunions pluridisciplinaires sur le bilan des chutes ne sont pas encore effectives. Les procédures de soins relatives aux maladies chroniques (e.g. diabète, épilepsie) restent à travailler, avec des sensibilisations des professionnels soignants quant à leur contenu. Enfin, la mission reste en attente de la transmission des autres procédures ayant fait l'objet de travaux depuis l'inspection (évaluation nutritionnelle ; mise à jour de l'évaluation de la douleur avec collaboration IDE et AS ; accueil et intégration des nouveaux salariés).		
Pre sc 9	2.1-Fonctions support-Gestion des RH	Améliorer la gestion, la complétude et la tenue des dossiers RH des professionnels : 1. Vérifier systématiquement les diplômes de tous les salariés, en particulier ceux des aides-soignants de l'établissement, qu'ils soient en CDD courts ou en CDI. En garder la copie au dossier administratif du salarié. Transmettre les documents qui en attestent. 2. Vérifier systématiquement l'inscription à l'ordre, et son renouvellement annuel, de tout professionnel qui relève d'une compétence ordinale (médecin, masseur-kinésithérapeute, IDE) pour tous les salariés de l'établissement en poste et à venir. Garder la preuve de cette vérification au dossier administratif du salarié. 3. Vérifier systématiquement les casiers judiciaires des professionnels en contact avec les résidents et garder la traçabilité de cette vérification dans un tableau.	Oui	**Prescription maintenue** dans l'attente de la transmission des éléments probants (capture d'écran du logiciel de paie ou extractions des reportings, tableaux de suivi de vérification de l'inscription aux ordres, des diplômes et de vérification des casiers judiciaires	Article 4391-1 du CSP Articles L4311-15 et L4312-1 du CSP Articles L4111-1 et L 4321-10 du CSP Article L311-3 du CASF Article L133-6 du CASF	3 mois

13 rue du Landy
93200 Saint-Denis
Tél : 01 44 02 09 00
www.iledefrance.ars.sante.fr

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
		Transmettre les documents qui en attestent.				
Réponse de l'établissement : Dans une logique de fiabilisation et de conformité, une check-list des pièces obligatoires à obtenir pour chaque recrutement a été créée. Celle-ci comprend notamment : • L'attestation d'inscription à l'ordre professionnel (pour les professions réglementées), • Le volet 3 du casier judiciaire, • Les diplômes et certifications exigés. L'ensemble de ces documents est désormais centralisé et classé dans le logiciel de paie (Nibelis), assurant une traçabilité complète et une possibilité d'extraction à des fins de reporting. Le personnel RH est régulièrement sensibilisé à ces obligations lors des réunions mensuelles. Une alerte automatisée a également été mise en place afin de rappeler les échéances de renouvellement auprès des ordres professionnels. Ces renouvellements sont également suivis via le logiciel RH. Concernant les diplômes, les gestionnaires RH vont procéder à une vérification globale de l'ensemble des dossiers des AS de jour et de nuit. Pour chaque salarié pour lequel nous n'avons pas de diplôme, nous le lui demanderons et vous le transmettrons. Depuis janvier 2025, chaque professionnel a dans son dossier une fiche récapitulative de l'ensemble des pièces demandées, permettant de vérifier facilement leur validité.			**Analyse de la réponse et motivation de la décision :** La réponse est satisfaisante mais n'a pas été étayée par la transmission d'éléments probants.		
Pre sc 10	2.1-Fonctions support-Gestion des RH	Améliorer la gestion et le mode d'intervention des professionnels libéraux en : 1.Etablissant des conventions avec chaque professionnel libéral reprenant les modalités d'intervention du professionnel, la transmission d'informations et la traçabilité des actes, les modalités de coordination des soins avec les	Oui	**Prescription maintenue** dans l'attente de la transmission des contrats et des avenants signés des professionnels libéraux	Article L 314-12 du CASF Article R313-30-1 du CASF	6 mois

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
		médecins coordonnateurs, la formation continue du professionnel et signées des deux parties. Transmettre les documents qui en attestent. 2.Mentionnant l'obligation faite aux kinésithérapeutes d'établir un bilan kinésithérapique dans les contrats qui lient l'établissement et les masseurs kinésithérapeutes libéraux. Il est attendu la transmission des avenants aux contrats des kinésithérapeutes spécifiant les obligations en matière d'établissement et de traçabilité des bilans kinésithérapiques.				
Réponse de l'établissement : Les conventions avec les dentiste, cardiologue et pédicure seront mises à jour. La convention avec les kinés a été retravaillée pour y inclure les recommandations que vous avez formulées. La signature de ces conventions est en cours. Nous vous transmettrons les avenants signés.				**Analyse de la réponse et motivation de la décision :** Nous prenons bonne note de la transmission à venir des conventions et avenants des professionnels libéraux intervenant au sein de la MRG Rothschild.		
Pre sc 11	3.8-Prise en charge-Soins	Sécuriser l'accès aux médicaments, stupéfiants et aux déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI) ainsi que les conditions de stockage des médicaments : - Les horaires d'ouverture de la PUI doivent coïncider avec les horaires de présence du ou des pharmaciens ; - L'accès aux stupéfiants doit être sécurisé de façon à ce que seuls les personnels soignants autorisés y aient accès ;	Oui	**Prescription maintenue. Il** est attendu la transmission des grilles de traçabilité renseignées sur les deux derniers mois pour le bionettoyage des locaux de soins et des chariots de soins, ainsi que les grilles de traçabilité de suivi de la température pour le stockage des médicaments thermosensibles. Transmettre l'audit DASRI. Transmettre les éléments de preuve de l'achat et installation de la climatisation	Article L 311-3 1°du CASF Articles R. 5126-8 et R. 5126-16 du CSP Article R 1335-6 et 7 du CSP Article R 5132-80 du CSP	3 mois

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
		- Les médicaments doivent être détenus dans des locaux, armoires, ou autres dispositifs de rangement fermés à clef ou disposant d'un mode de fermeture assurant la même sécurité, et strictement réservés à la conservation des médicaments ; - Les locaux DASRI, techniques et postes de soins doivent être fermés à clés ; - Les DASRI doivent être entreposés dans les locaux dédiés à cet usage et l'identification de l'établissement et de ses services doit figurer sur les cartons DASRI ; - Assurer au sein de la PUI des conditions de stockage des solutés massifs conformes à la réglementation ; - Assurer un suivi et un contrôle des températures pour le stockage des médicaments thermosensibles ; - Sécuriser, nettoyer, réparer ou changer les chariots de distribution des médicaments pour permettre un déplacement aisé et une utilisation rapide dans des conditions d'hygiène et de sécurisation satisfaisantes ; - Assurer la traçabilité relative au bionettoyage pour les locaux de soins, chariots de soins, réfrigérateurs et autres accessoires afin d'identifier son effectivité et sa		au niveau de la PUI. Transmettre les preuves de réalisation des travaux au niveau de la zone de stockage des solutés. Transmettre la liste des enceintes réfrigérées avec les mises en service, celles changées après l'inspection de juin 2024 ainsi que les chariots de soins remplacés après l'inspection.	Article 5 de l'arrêté du 12 mars 2013[1] Article 9 de l'arrêté du 31 mars 1999[2] Article R5126-8 du CSP et Bonnes pratiques de Pharmacie Hospitalière (BPPH) 3.2 et 3.3. Articles R 4312-38 et R. 4312-37 du CSP	

[1] Arrêté du 12 mars 2013 relatif aux substances, préparations, médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants dans les établissements de santé, les groupements de coopération sanitaire, les groupements de coopération sociale et médico-sociale, les établissements médico-sociaux mentionnés à l'article R. 5126-1 du code de la santé publique et les installations de chirurgie esthétique satisfaisant aux conditions prévues à l'article L. 6322-1 de ce même code et disposant d'une pharmacie à usage intérieur

[2] Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé, les syndicats interhospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur mentionnés à l'article L. 595-1 du code de la santé publique

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
		fréquence, et ainsi s'inscrire dans une démarche qualité - CPIAS 2017 ;				

Réponse de l'établissement :

- Horaires d'ouverture PUI : ouverture de 8h à 18h (coïncidant avec présence de la pharmacienne et des médecins). Un affichage est réalisé dans les postes de soins.
- Sécurisation des stupéfiants : Formation auprès des IDE sur la sécurisation du circuit du médicament. L'ensemble des coffres à stupéfiants ferment à clé. Les clés sont stockées dans un coffre à code.
- Locaux DASRI et locaux stockage de médicaments : les espaces de postes de soins dédiés au stockage de médicaments ferment à clé. Les locaux DASRI ferment également à clé. Un rappel à la règle est réalisé auprès des professionnels concernés.
- DASRI : un audit annuel des bonnes pratiques DASRI est prévu, ainsi qu'un rappel à la règle. Les affichages dans les postes à soins détaillant le circuit et les bonnes pratiques de DASRI seront mis à jour. Une formation est prévue à destination des IDE avec un rappel de la procédure.
- Conditions de stockage des solutés massifs conformes à la règlementation au sein de la PUI : prévoir une climatisation au niveau de la PUI
- Suivi et contrôle de la température pour le stockage des médicaments thermo-sensibles: un rappel est prévu auprès des équipes pour vérifier et tracer la température au niveau des lieux de stockage des médicaments thermo-sensibles
- Les chariots de distribution des médicaments ont été changés pour assurer la sécurité des médicaments. Une grille de traçabilité journalière a été mise à disposition des équipes pour le nettoyage.
- Les IDE seront sensibilisés au bionettoyage des locaux de soins, des chariots de soins et des réfrigérateurs. Une grille de traçabilité a été mise à disposition depuis juin 2024.

Analyse de la réponse et motivation de la décision :

Plusieurs actions sont prévues mais n'ont pas encore été mises en œuvre, et pour celles qui l'ont été, les éléments de preuve ne sont pas transmis. Afin de pouvoir retirer la mesure, les éléments probants ci-après sont attendus :

- Grilles de traçabilité renseignées sur les deux derniers mois pour le bionettoyage des locaux de soins et des chariots de soins,
- Nombre de chariots de soins/dispensation des médicaments qui ont été remplacés suite à l'inspection de juin 2024 avec preuves d'achat (devis et photos) ;
- Grilles renseignées de traçabilité de suivi de la température pour le stockage des médicaments thermosensibles,
- Liste des enceintes réfrigérées présentes au niveau des postes de soins avec leur date de mise en service, en précisant celles qui ont été changées suite à l'inspection de juin 2024 avec preuves d'achat (devis et photos) ;
- Audit DASRI,
- Preuves des travaux réalisés pour remettre en état la zone de stockage des solutés ainsi que les preuves de l'achat et installation de la climatisation au niveau de la PUI (factures acquittées, photo)

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
Presc12	2.4-Fonction support-Bâtiments, espaces extérieurs, équipements	Former les professionnels hôteliers au bio-nettoyage et intensifier les mesures de ménage et de bio-nettoyage dans l'établissement pour garantir la dignité et la sécurité des résidents et les conditions de travail des agents. Transmettre le protocole relatif à l'hygiène générale des locaux et au suivi de la prestation.	Oui	**Prescription maintenue** dans l'attente de la transmission des éléments probants (définis ci-après)	L1110-1 du CSP L311-3 du CASF guide de l'entretien des locaux en établissement médico-social du CPIAS, 2019	3 mois
Réponse de l'établissement : Nous avons recruté 3 gouvernantes dont une qui a été formée au bionettoyage dès sa prise de poste. Les gouvernantes organisent ponctuellement des audits portant sur l'entretien des locaux, ainsi que des formations auprès des agents hôteliers. Un des pôles a été mis à blanc, et plusieurs travaux de réparation ont été réalisés. Un appel d'offres pour le renouvellement du contrat de prestation de nettoyage a été lancé en février 2025. Le cahier des charges pour le nettoyage des parties communes en particulier au rez-de-chaussée a été complété pour améliorer le niveau d'hygiène et de propreté des lieux.				**Analyse de la réponse et motivation de la décision** : Les mesures prises par l'établissement sont appropriées. Des éléments de preuve sont néanmoins attendus afin de pouvoir retirer la mesure : - Contrat de travail et fiches de postes des 3 gouvernantes recrutées - Transmission des derniers audits sur l'entretien des locaux - Transmission du cahier des charges pour le nettoyage des parties communes - Transmission du nouveau contrat de prestation de nettoyage		
Presc 13	2.5-Fonction support-Sécurités	Transmettre les documents attestant de la mise en œuvre de tous les moyens recommandés par le règlement sanitaire de la Ville de Paris et les sociétés savantes pour la lutte contre la présence des nuisibles : pigeons dans la salle à manger, rongeurs et cafards dans les étages, et le risque de contamination humaine par ces nuisibles.	Oui	**Prescription maintenue** dans l'attente de la transmission des éléments probants (plan d'actions avec planning de réalisation)	L1110-1 du CSP et L311-3 du CASF	6 mois

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
Réponse de l'établissement : Introduction imminente de 2 chats dans le parc pour éloigner les pigeons. Pour les cafards, recensement de toutes les évacuations dans les locaux sales et dans les douches des différents pôles en vue de leur traitement approfondi. Un plan d'action avec un planning de réalisation a d'ores et déjà été établi. Pour les rongeurs, les gouvernantes ont demandé aux familles d'apporter des boîtes hermétiques afin que leurs proches puissent stocker leur nourriture. Le rebouchage de tous les points de passage de nuisibles est engagé. Ce rebouchage va être effectué avec des matériaux résistants à l'action des rongeurs (plâtre / enduit au lieu de silicone).				**Analyse de la réponse et motivation de la décision** Le plan d'actions mis en œuvre répond à la prescription. Néanmoins, en l'absence d'éléments de preuve, la proposition de mesure ne peut être levée.		
Prescr 14	1.2-Gouvernance-Management et Stratégie	Elaborer et faire valider le règlement de fonctionnement par l'instance compétente de l'organisme gestionnaire, après consultation des instances représentatives du personnel de l'établissement et du conseil de la vie sociale, en veillant à la complétude des informations, notamment les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles, et les éventuelles procédures administratives et judiciaires auxquelles exposent des faits de violence sur autrui. Transmettre les documents qui en attestent.	Oui	**Prescription maintenue** dans l'attente de la transmission du document et du CR de CVS lors duquel il sera présenté.	Article R311-33 du CASF Articles R311-35 et R 311-37 du CASF	12 mois
Réponse de l'établissement : Le règlement de fonctionnement va être relu et validé en instances représentatives du personnel et du CVS.				**Analyse de la réponse et motivation de la décision :** Aucune réponse n'est apportée sur la complétude du règlement de fonctionnement ni sur le calendrier de validation.		

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
Presc 15	1.1-Gouvernance-Conformité aux décisions de l'autorisation ou de la déclaration	Déclarer auprès de l'ARS et de la Ville de Paris tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement de l'EHPAD MRG Rothschild au moins deux mois avant sa mise en œuvre de façon à permettre aux autorités compétentes d'exercer le contrôle sur l'incidence du changement envisagé en termes de conditions de l'autorisation, ou de risques susceptibles d'affecter la prise en charge des personnes accueillies ou le respect de leur droits et de faire le cas échéant opposition au changement envisagé.	Oui	Dont acte, proposition de **prescription retirée.**	Article L 313-1 II du CASF	1 semaine et à chaque changement important envisagé
Réponse de l'établissement : Dorénavant, tout changement majeur dans l'organisation et l'activité de l'EHPAD sera transmis à l'ARS et la Ville de Paris, dans les délais requis.				**Analyse de la réponse et motivation de la décision**		
Presc 16	2.3-Fonction support-Gestion d'informations	Faire signer le RAMA par le directeur de la structure et les trois médecins coordonnateurs pour valider les constats et analyses de l'année écoulée. En faire un outil de management et de motivation des équipes soignantes en y intégrant une analyse relative aux évènements indésirables afin de proposer une vision des actions d'amélioration à envisager pour l'année à venir.	Oui	**Prescription maintenue** dans l'attente de la transmission du RAMA 2024 signé comportant une analyse des EI et une conclusion avec des mesures d'actions relatives aux points nécessitant une amélioration.	Article D 312-158 du CASF	3 mois
Réponse de l'établissement : Le RAMA est élaboré annuellement par les 3 médecins coordonnateurs. Ils veilleront à le signer et le faire signer par le directeur. Il inclura cette année une analyse relative aux évènements indésirables.				**Analyse de la réponse et motivation de la décision :** Il est attendu la transmission d'éléments probants (soit le document complété et signé).		

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
Prescr 17	1.2-Gouvernance-Management et Stratégie	Compléter le plan Bleu afin qu'il prenne en compte les objectifs opérationnels fixés dans le dispositif " ORSAN " définis à l'article R. 3131-4 du code de la santé publique, et veiller à son actualisation annuelle.	Oui	**Prescription maintenue** dans l'attente de la transmission du plan bleu complété et révisé.	Article R311-38-1 du CASF Instruction interministérielle N° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)	6 mois

Réponse de l'établissement :

Le plan bleu est en cours de réactualisation pour y inclure les objectifs opérationnels fixés dans le dispositif ORSAN. Il sera présenté aux professionnels.

Analyse de la réponse et motivation de la décision :

La mission prend bonne note du travail de réactualisation en cours du plan bleu.

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
Presc 18	3.8-Prise en charge-Soins	Assurer la traçabilité du contrôle régulier du Défibrillateur automatisé externe (DAE). Positionner le DAE dans un emplacement facilement accessible aux professionnels de l'EHPAD et à son public, qui permet son utilisation directe par toute personne présente dans l'enceinte de l'EHPAD. Mettre en place une signalétique pour le DAE respectant les indications de l'arrêté du 29 octobre 2019.	Oui avec transmission de la fiche de traçabilité du contrôle du DAE	**Prescription maintenue** dans l'attente de la transmission des éléments probants en lien avec l'emplacement, la signalétique et la traçabilité effective du contrôle du DAE (fiche renseignée)	Décret n° 2018-1186 du 19 décembre 2018 relatif aux défibrillateurs automatisés externes et à l'article R.5212-25 du CSP. Arrêté du 29 octobre 2019 relatif aux DAE et à leurs modalités de signalisation dans les lieux publics et les établissements recevant du public.	1 mois

Réponse de l'établissement :

Le contrôle du DAE est désormais effectué tous les lundis matin par la directrice. En cas d'absence, la directrice des soins prend le relais. Si les 2 sont absentes, le DRH le fait.

Analyse de la réponse et motivation de la décision :

La réponse porte sur la procédure de contrôle (qui et organisation en cas d'absence), avec la transmission de l'outil de traçabilité. Aucune réponse n'est apportée sur l'emplacement du DAE ni sur la signalétique.

Recommandations :

		Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réponse de l'inspecté	Décision
Reco 1		1.1-Gouvernance-Conformité aux décisions de l'autorisation ou de la déclaration	Le gestionnaire devrait veiller à ce que les places installées concordent avec les capacités autorisées. Dans l'hypothèse d'un projet de création d'une unité d'hébergement renforcé, le gestionnaire devra déposer un dossier de demande d'autorisation. La question de l'opportunité de création d'un deuxième PASA mérite d'être posée au regard de la taille de l'établissement, de son taux d'occupation, des besoins du territoire et des caractéristiques des résidents accueillis.		Néant	Recommandation maintenue
Reco 2		1.2-Gouvernance-Management et Stratégie	L'établissement devrait actualiser et mettre en cohérence l'organigramme, les fiches de poste et ou les lettres de mission (en particulier directrice adjointe chargée des soins, cadres de santé, MedCo) et les qualifications du personnel pour donner de la lisibilité et de la cohérence à l'organisation de l'EHPAD, sur les liens hiérarchiques et fonctionnels, et renforcer la coordination du travail des équipes soignantes. L'établissement devrait formaliser les missions des cadres de santé, afin de permettre la coordination des équipes soignantes. L'établissement devrait repenser son organisation la nuit pour une meilleure coordination des équipes et une sécurisation de la prise en charge.		Néant	Recommandation maintenue
Reco 3		1.4-Gouvernance-Gestion de la qualité	L'établissement devrait désigner officiellement un ou des personnels soignants référents sur la PECM, au regard de la taille de l'établissement, du grand nombre de postes de soins et de la nécessité d'une homogénéité du circuit du médicament et de la prise en charge médicamenteuse des résidents entre les différents bâtiments.		Néant	Recommandation maintenue
Reco 4		1.2-Gouvernance-Managem	L'équipe d'astreinte devrait assurer une traçabilité des appels reçus et traités de manière à sécuriser les décisions et faciliter les actions.		Néant	Recommandation maintenue

		Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réponse de l'inspecté	Décision
		ent et Stratégie				
Reco 5		2.1-Fonctions support-Gestion des RH	L'établissement devrait veiller à ce que le temps de travail mensuel de chaque salarié respecte la règlementation du droit du travail, et à ce que les salariés, en CDD ou en CDI ne dépassent pas le plafond annuel d'heures supplémentaires.		Néant	Recommandation maintenue
Reco 6		3.1-Prise en charge-Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Le processus d'admission devrait s'appuyer sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM « Qualité de vie en EHPAD, volet 1 » HAS-2011. L'établissement devrait associer l'ensemble des professionnels concernés à son actualisation pour permettre une connaissance et une appropriation de la procédure d'admission. La mise en œuvre de visite de préadmission permettrait une documentation complète de la demande avant la prise de décision et favoriserait la préparation et l'adaptation du résident.		Néant	Recommandation maintenue
Reco 7		2.3-Fonction support-Gestion d'informations	L'établissement devrait veiller à la mise à jour des informations relatives au médecin traitant déclaré à l'assurance-maladie pour chacun des résidents.		Néant	Recommandation maintenue
Reco 8		3.3-Prise en charge-Vie sociale et relationnelle	L'organisation de l'animation reposant en partie sur des art-thérapeutes devrait être clarifiée en termes d'objectifs de prise en charge, tant pour les résidents que pour les professionnels chargés de l'animation.		Néant	Recommandation maintenue
Reco 9		3.8-Prise en charge-Soins	L'établissement devrait veiller à la mise à jour des informations affichées dans les postes de soins. La liste de dotation affichée devrait correspondre à la dernière version et donc à		Néant	Recommandation maintenue

		Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réponse de l'inspecté	Décision
			la réalité du stock. L'utilisation de la dotation des médicaments du chariot d'urgence devrait faire l'objet d'une traçabilité.			
Reco 10		3.8-Prise en charge-Soins	L'établissement devrait fournir à ses personnels temporaires des codes d'accès personnalisés au logiciel de soins [redacted]		Néant	Recommandation maintenue
Reco 11		3.8-Prise en charge-Soins	L'établissement devrait placer les obus d'oxygène dans des endroits qui leur sont dédiés et les fixer aux supports qui leur sont dédiés.		Néant	Recommandation maintenue
Reco 12		3.8-Prise en charge-Soins	L'établissement devrait assurer la disponibilité d'une solution informatique sécurisée, permettant si besoin l'impression à tout moment d'un dossier de liaison d'urgence (DLU) pour chaque résident.		Néant	Recommandation maintenue
Reco 13		3.8-Prise en charge-Soins	L'ensemble du système documentaire de l'EHPAD relatif au circuit du médicament devrait être revu et remis à jour, avec les acteurs « soignants » de l'EHPAD et la PUI.		Néant	Recommandation maintenue
Reco 14		3.8-Prise en charge-Soins	Une cartographie des risques médicamenteux au sein de l'EHPAD, via l'outil Interdiag par exemple ou encore un audit, devrait être réalisée en équipe pluridisciplinaire dès que possible		Néant	Recommandation maintenue
Reco 15		3.8-Prise en charge-Soins	La liste de médicaments sous forme liquide indiquant une date limite d'utilisation et établie par la PUI devrait être connue des soignants et affichée de façon visible au sein des postes de soins dans sa dernière version de 2024.		Néant	Recommandation maintenue
Reco 16		3.8-Prise en charge-Soins	Les mentions de date de péremption des sachets de médicaments devraient pouvoir être justifiées et documentées		Néant	Recommandation maintenue

		Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réponse de l'inspecté	Décision
Reco 17		4.2-Relations avec l'extérieur-Coordination avec les autres acteurs	L'établissement devrait actualiser sa convention avec l'équipe mobile gériatrique externe, d'une part, et signer la convention avec le centre de radiologie et d'échographie, d'autre part.		Néant	Recommandation maintenue

13 rue du Landy
93200 Saint-Denis
Tél : 01 44 02 09 00
www.iledefrance.ars.sante.fr