

Délégation départementale de l'Essonne

Directrice générale
De l'association ISATIS
Siège social
18, rue Pasteur
94270 LE KREMELIN-BICÊTRE

A Evry-Courcouronnes, le 13 JUIN 2024

Lettre recommandée avec AR

N° 2C 184 570 2083 3

Madame la Directrice Générale,

L'inspection conduite le 25 et 26 janvier 2024 au sein de l'EHPAD La Citadine, situé 11 Avenue Saint Marc, à Massy (FINESS n°910803477) a été inscrite au programme de contrôle des EHPAD diligenté au premier trimestre 2022 sur l'ensemble du territoire national à la demande de la Ministre déléguée auprès du Ministre des Solidarités et de la Santé.

Je vous ai adressé le 29 mars 2024 le rapport que m'a remis la mission d'inspection, ainsi que les 12 injonctions, 16 prescriptions et 24 recommandations que j'envisageais de vous notifier. Dans le cadre de la procédure contradictoire prévue aux articles L. 121-1 et L. 122-1 du Code des relations entre le public et l'administration, vous m'avez transmis le 26 avril 2024 vos éléments de réponse détaillés, ce dont je vous remercie.

Cependant, ces éléments de réponse ne permettent de lever que partiellement les mesures envisagées qui vous avaient été transmises. Aussi, je vous notifie à titre définitif les **8 injonctions, 13 prescriptions et 11 recommandations** récapitulées en annexe du présent courrier.

J'appelle votre attention sur la nécessité de transmettre à la Délégation départementale de l'Essonne de l'Agence régionale de santé, les éléments de preuve documentaire permettant d'attester de la mise en place des mesures correctrices et de lever ces décisions de façon définitive.

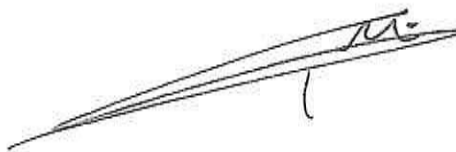
Je vous remercie de bien vouloir adresser la copie de vos éléments de réponse par courrier à l'attention de _____, coordinatrice de cette mission d'inspection, à l'ARS IDF DD91, 6/8 rue Prométhée, 91000 Evry-Courcouronnes.

Je vous rappelle que l'absence de mise en œuvre dans le délai imparti des mesures correctives faisant l'objet d'injonctions, peut être sanctionnée en application des dispositions des articles L. 313-14 et L. 313-16 du Code de l'action sociale et des familles par l'application de sanctions financières, la mise sous administration provisoire ou la suspension, la cessation ou la fermeture, totale ou partielle, de l'activité de l'établissement.

Je vous informe par ailleurs, qu'un recours contentieux peut être formé devant le tribunal administratif dans les deux mois suivants la réception de la présente notification. Le tribunal administratif peut être saisi par l'application *Télérecours citoyens* accessible par le site <https://citoyens.telerecours.fr>

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur général, l'expression de ma considération distinguée.

Le Directeur de la Délégation départementale
de l'Essonne – ARS -Ile-de-France

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'M' followed by a horizontal line and a small vertical stroke.

Copie : (RAR : 2C 184 570 2984 0)

Directrice de l'EHPAD « La Citadine »
11 Avenue Saint Marc
91300 MASSY

Annexe : Décisions définitives concernant les mesures correctrices à mettre en place pour faire suite à l'inspection réalisée le 25 et 26 janvier 2024 au sein de l'EHPAD La Citadine (FINESS n°910803477), 91300 MASSY.

Type de mesures	Réf. Rapport	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence
I.1	Injonction	Développer et réactualiser le projet PASA.	Dans le cadre du nouveau CPOM 2024-2028 dont le processus de signature est en cours, l'EHPAD doit élaborer un nouveau projet d'établissement (2024-2026 Annexe 1) qui sera réalisé après les travaux et qui intégrera le volet PASA.	⇒ Levée partiellement. Les éléments de réponses me conduisent à faire évoluer l'injonction en Prescription n°17 . INJONCTION 1 LEVEE PARTIELLEMENT ⇒ Maintenue, délai de mise en œuvre fixé à 2 mois. En attente du règlement de fonctionnement qui est en cours de finalisation.	Art. D312-155-0-1 (PASA) et suivants.
I.2	Injonction	Produire un règlement de fonctionnement complet et conforme.	Ce document émanant du siège de l'Association dont la finalisation est en cours, l'EHPAD attend le retour de la Direction Générale.	INJONCTION 2 MAINTENUE ⇒ Levée partiellement. Les éléments de réponses me conduisent à faire évoluer l'injonction en Prescription n°18 .	R.311-35, R.311-36, R.311-37 du CASF (contenu RF).
I.3	Injonction	Produire un projet d'établissement complet et conforme.	Dans le cadre du nouveau CPOM 2024-2028 dont le processus de signature est en cours, l'EHPAD doit élaborer un nouveau projet d'établissement (2024-2026) qui sera réalisé après les travaux.	INJONCTION 3 LEVEE PARTIELLEMENT ⇒ Maintenue, délai de mise en œuvre fixé à 2 mois. Le compte-rendu réunion du Comité de suivi de la Qualité est attendu avec la programmation de ces réunions 2024.	L311-8 du CASF et suivants.
I.4	Injonction	Mettre en place le PACQ.	Le Comité de suivi de la Qualité va se réunir avant l'été. Il est composé de la directrice, du cadre de santé, du MedCo, de la psychologue, de la psychologue du travail, de la psychomotricienne, d'un animateur, de soignants, de l'agent d'accueil et de la secrétaire de direction.	INJONCTION 4 MAINTENUE ⇒ Levée.	L312-8 CASF.
I.5	Injonction	Former les professionnels et formaliser la gestion des événements indésirables et leur suivi.	Le personnel a été destinataire d'un message de rappel concernant la procédure de déclaration d'un EI le 05/06/23 (Annexe 2). Une formation va être dispensée en interne. Un tableau de suivi, d'analyse et RelEx des EI va être élaboré par l'établissement.	INJONCTION 5 LEVEE	L313-24 CASF et suivants.

Type de mesures	Réf. Rapport	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence
1.6 Injonction	E17	Supprimer tout glissement de tâches des soignants vers les personnels non soignants.	Une réorganisation est à l'étude par la DRH de l'Association afin de répondre à cette injonction qui va nécessiter le reclassement du personnel en CDI, agents d'accompagnement présents depuis plus de 20 ans, le service de bionettoyage étant externalisé.	=) Maintenue, délai de mise en œuvre fixé à immédiat. En attente de la réorganisation prévue par la DRH de l'Association. INJONCTION 6 MAINTENUE	L451-1 du CASF et suivants.
1.7 Injonction	E20	Conformer le circuit du linge.	Pour répondre à cette injonction, l'établissement doit déplacer le sèche linge professionnel qui nécessite l'intervention d'une entreprise spécialisée pour le raccordement du tuyau d'extraction extérieure. Cette demande est en cours.	=) Maintenue, délai de mise en œuvre fixé à immédiat. Des éléments de preuves sur la mise en conformité du circuit du linge sont attendues. INJONCTION 7 MAINTENUE	Art. D312-159-2 et annexe 2-3-1, IV du CASF.
1.8 Injonction	E21	Concernant la gestion des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés : - Sécuriser le local DASRI et apposer sur le local de stockage des déchets une signalétique mentionnant son usage.	Des travaux de création d'un local dédié conforme sont prévus pour répondre à cette injonction.	=) Maintenue, délai de mise en œuvre fixé à immédiat. Des éléments de preuves de la mise en conformité sont attendues.	R1335-3 CSP.
	E22	- Identifier l'ensemble des containers à DASRI et OPCT conformément à la réglementation.	Depuis le rappel aux IDE de l'obligation d'identifier les collecteurs DASRI, ce dysfonctionnement ne s'est pas reproduit.	=) Maintenue, délai de mise en œuvre fixé à immédiat. Absence d'éléments de preuves sur le rappel fait aux IDE et l'identification des containers à DASRI et OPCT.	
	R9	- Produire des procédures de soins signées par le médecin coordonnateur.	Cette procédure a été signée par le MedCo (Annexe 3).	=) Levée. INJONCTION 8 MAINTENUE	

Type de mesures	Réf. Rapport	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence
I.9. Injonction	E24	Réaliser et tracer une évaluation sur le risque de chute, de dénutrition, de dépression, d'escarre et le trouble de la déglutition depuis l'admission du résident et tout au long de son séjour.	Aucun des tests cités ne sont réalisés à l'admission mais cela ne veut pas dire qu'aucune évaluation n'est faite. Les articles D312-158 2° et D312-155-3 2° du CASF ne font pas référence à ces échelles d'évaluation. Le MedCo a l'obligation de faire des évaluations gériatriques mais pas d'utiliser les échelles pour ce faire. Les évaluations sont réalisées : - Un examen clinique est réalisé pour tous les résidents. Chaque examen est une évaluation gériatrique qui ne s'intéresse pas à un seul organe à la fois mais bien à la globalité gériatrique de la situation conformément à la formation de gériatre du MedCo. - Les risques sont évalués et notés s'ils existent, dans le dossier médical du résident. Une fois ce risque coché dans NETSoins, il apparaît dans le bandeau sous la photo du résident. Le dossier médical est tenu à jour et les risques mentionnés le sont en temps réel. - Les risques mentionnés sont aussi répertoriés avant l'entrée du résident, au moment de la VPA (soit grâce au dossier transmis, soit après appel du médecin hospitalier et/ou traitant). Il est décrit à l'équipe soignante au moment de la présentation du résident, avant son arrivée. Concernant particulièrement le risque de chutes : Les kinésithérapeutes sont fortement sollicités dans l'établissement (<i>Annexe 4</i>). L'évaluation réalisée en VPA leur permet d'intervenir dès l'arrivée. La psychomotricienne évalue à l'entrée puis selon l'évolution, le risque de chute en collaboration avec le MedCo. En cas de syndrome post chute, repéré avant l'entrée ou au cours du séjour, elle réalise une rééducation spécifique. Une prescription est également systématique après chaque chute si le résident n'avait jusque-là pas de rééducation. Les kinésithérapeutes et la psychomotricienne travaillent en collaboration en cas de prescription pour chute. Si un risque de chute la nuit est identifié, il est procédé à une prescription de matelas amortisseur de chutes et/ou le lit est positionné au plus bas. L'équipe soignante est formée à ce risque et peut mettre en place ces dispositifs. Ce risque est réévalué en équipe pluridisciplinaire en transmissions et selon évolution. Une prescription d'appareillage adapté est faite avant même l'arrivée du résident (FR, déambulateur...) et sont déjà dans la chambre le jour de l'arrivée, après évaluation en VPA et avec le médecin hospitalier et/ou traitant par téléphone.	=) Maintenance, délai de mise en œuvre fixé à immédiat. Quelle que soit la méthode utilisée, la mission maintient cette injonction (demande de réalisation et traçabilité). Des éléments de preuves sont attendus.	D312-158 2° CASF et suivants.

Type de mesures	Réf. Rapport	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence
			La pertinence de cet appareillage est réévaluée tout au long du séjour par les soignants (MedCo, cadre de santé, IDE, AS), kinésithérapeute, psychomotricienne. Le risque est réévalué après chaque chute en transmission pluridisciplinaire et réunion clinique. Concernant particulièrement le risque de dénutrition : La psychomotricienne qui est la référente dénutrition, évalue à l'entrée puis selon l'évolution, le risque de dénutrition en collaboration avec le MedCo (vaisselle adaptée, installation particulière pour faciliter la prise des repas...). Le poids du résident est récupéré avant l'admission et l'évolution du poids est mentionnée sur la fiche de préadmission pour mettre en garde sur un amaigrissement récent. Une mesure du poids est ensuite effectuée 1 fois/mois et analysée par le MedCo. Les prescriptions de CNO sont adaptées selon l'évolution, les adaptations sont immédiatement transmises à l'équipe soignante et en restauration. Les résidents qui ont peu ou pas mangé la journée sont systématiquement mentionnés pendant les transmissions. Une adaptation des textures par le MedCo ou l'IDE en son absence, est effective pour faciliter les prises alimentaires comme la possibilité de prescrire une alimentation manger-main. Le MedCo prescrit aussi une prise en soins au PASA pour une évaluation des prises alimentaires en collaboration avec la psychomotricienne, pour une renutrition. Concernant particulièrement le risque de dépression : La psychologue qui participe à la plupart du temps au VPA, rencontre systématiquement chaque entrant où elle évalue le risque de dépression à l'entrée puis au cours des entretiens qu'elle organise, en collaboration avec le MedCo. Près de la moitié des résidents ont un traitement antidépresseur ce qui indique que le risque de dépression est évalué et traité. Concernant particulièrement le risque escarre : Du matériel d'installation est disponible en réserve (coussins, matelas à air) pour une mise en place immédiate si besoin. Ce risque est évalué par le MedCo avant l'entrée et si nécessaire, du matériel est à disposition le jour de l'entrée. Ce risque est réévalué quotidiennement par l'équipe soignante selon l'évolution des		

Type de mesures	Ref. Rapport	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence
I.10	Injonction	Concernant le circuit du médicament : - Etablir une liste des médicaments du stock tampon afin de répondre aux prescriptions réalisées en urgence et tracer sa vérification mensuelle.	pathologies, maladies aiguës. Une fiche spécifique est mise en place pour les changements de position des résidents au lit la nuit (horaire, côté de positionnement). Concernant particulièrement le risque de troubles de déglutition : Une évaluation est systématique avant l'entrée en collaboration avec les proches (habitudes alimentaires), médecin hospitalier et/ou traitant pour une prescription adaptée à ce risque. Une prescription d'eau gazeuse/eau gélifiée est possible immédiatement. Une réévaluation est faite selon l'évolution des pathologies avec adaptation des textures immédiates. L'EHPAD n'a malheureusement plus d'orthophoniste qui accepte d'intervenir pour réaliser les bilans en cas de trouble de déglutition. Cependant nous pouvons contacter une diététicienne (société Vitarest) pour adapter les menus de certains résidents qui ont une prise en soins compliquée. La Résidence a un accès privilégié à des consultations dentaires au CMS à quelques mètres de l'EHPAD, ce qui permet d'adresser rapidement les résidents qui ont une gêne/douleur à la mastication.	INJONCTION 9 MAINTENUE	L5126-6 CSP et suivants.
	E29		La liste du stock tampon est établie. Elle est intitulée : « fiche outil chariot d'urgence et stock tampon, circuit du médicament ». Elle est dans le classeur de protocoles SOIN01-F05-CIT version n°3-06/22. Elle est aussi dans le classeur intitulé « chariot d'urgence » sur le chariot (Annexe 5). En revanche, concernant la traçabilité de l'évaluation mensuelle du stock tampon, le titre de la fiche de traçabilité qui est établie porte à confusion car elle se nomme « vérification du chariot d'urgence » alors qu'est aussi vérifié le stock tampon par la même occasion. Le MedCo est destinataire une fois par mois de la liste des médicaments périmés à remplacer par les IDE (cette liste ne comporte pas que des médicaments du chariot d'urgence inscrits, il y a aussi ceux du stock tampon). L'EHPAD va changer le titre de cette fiche mais la vérification est faite et signée une fois/mois (Annexe 6).	=) Levée.	

Type de mesures	Réf. Rapport	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence
	R25	– Assurer la traçabilité relative à la vérification des préparations des médicaments à administrer par les IDE une fois livrées par la pharmacie d'officine.	Une fiche de traçabilité va être mise en place prochainement (Annexe 7).	=) Maintenue, délai de mise en œuvre fixé à immédiat. La fiche de traçabilité complétée du mois de mai est attendue.	
	R26	– Tracer en temps réel la distribution et l'administration des médicaments sous le logiciel NETSoins@.	L'EHPAD va se rapprocher du fournisseur du logiciel de soins, Teranga, et étudier le coût financier pour l'acquisition de tablettes, scanettes ainsi que des licences nécessaires.	=) Levée. Cependant, un rappel à l'ordre également serait apprécié.	
	R28	– Rédiger un protocole concernant le broyage des médicaments et le faire connaître aux professionnels.	Dans le protocole « Organisation de la prise en charge médicamenteuse SOIN01-CIT », l'étape 4 indique comment préparer des médicaments à écraser (Annexe 8). Le MedCo a été formée par l'OMEDIT/ARS le 05/03/24 pour établir une procédure adaptée aux bonnes pratiques. Après échange avec le médecin formateur de l'OMEDIT, celui-ci a précisé qu'il n'y avait pas besoin de procédure supplémentaire. L'EHPAD ne sait donc pas comment répondre à cette remarque.	=) Levée. La mission prend acte de l'existence de la procédure « Organisation de la prise en charge médicamenteuse SOIN01-CIT ».	
	E30	– S'assurer que l'aide à la prise de médicaments soit réalisée par les professionnels habilités juridiquement.	Lors de l'inspection, un IDE a dit qu'il avait confié une seule fois la prise de paracétamol à une animatrice (car il avait les mains prises, circonstances tout à fait exceptionnelles). Il n'a jamais dit que c'était une pratique courante dans l'établissement et ça ne l'est pas.	=) Maintenue, délai de mise en œuvre fixé à immédiat. La mission a rencontré de nombreux professionnels et résidents de façon formelle et informelle. Le croisement des informations recueillies a mené aux constats. Un rappel à l'ordre est attendu.	R4311-3 CSP et suivants.
	E31	– Respecter la réglementation concernant les stupéfiants.	Depuis le jour de l'inspection, aucune page du Registre des stupéfiants n'est retirée conformément à la réglementation (Annexe 9).	=) Levée.	Article R5132-36 CSP.

Type de mesures	Ref. Rapport	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence
	E32	Assurer un contrôle quotidien de la température du réfrigérateur contenant les médicaments thermosensibles.	Depuis le jour de l'inspection, un rappel a été fait aux IDE pour que le suivi soit quotidien (Annexe 10).	=) Levée.	R. 4312-38 CSP.
	E33	Contrôler et tracer le suivi des périmés. Procéder au recyclage des médicaments périmés.	La procédure interne stipule que le suivi des périmés soit effectué 1 fois/mois. Elle est bien réalisée pour l'armoire à médicaments mais moins exhaustive pour les médicaments dans le frigo. Le MedCo va réactualiser la procédure. Le médicament périmé (il n'y en avait qu'un seul) trouvé dans le frigo le jour de l'inspection a été immédiatement retiré.	=) Maintenue, délai de mise en œuvre fixé à immédiat. La mission prend acte de l'annexe 6 qui trace la vérification mensuelle de l'armoire à pharmacie. La fiche de traçabilité du contrôle des périmés du réfrigérateur du mois de mai et la procédure réactualisée par le MedCo sont attendues.	R. 4312-38 CSP.
	E34	Conserver les médicaments dans une armoire fermée à clé.	La sécurisation du stockage des médicaments a été prise en compte. L'ensemble des médicaments est aujourd'hui stocké dans une seule pièce (Infirmerie au 2ème étage) dont l'accès nécessite un passe IDE. A ce jour, les locaux du RDC ont été démolis dans le cadre des travaux de restructuration (Annexe 11).	=) Levée.	L.311-3 CASF et suivants.
I.11	Injonction	Mettre en conformité le chariot d'urgence avec les attendus réglementaires : – Procéder à la fermeture du chariot d'urgence. – Acquérir un obus O2.	Le jour de l'inspection, on pouvait penser que le chariot d'urgence était scellé car la tige rouge était mise en place mais pas complètement enfoncée. On peut imaginer une mauvaise manipulation de l'IDE mais pas un oubli ou une mauvaise pratique quant à la sécurisation du chariot d'urgence. Les IDE ont été resensibilisés sur ce point (Annexe 12). L'obus d'O2 a été remis dans le support du chariot d'urgence (Annexe 12).	INJONCTION 10 MAINTENUE =) Levée. La mission prend acte de la sensibilisation des professionnels au maintien scellé du chariot et des photos de l'annexe 12. =) Levée. INJONCTION 11 LEVEE	L311-3 1° CASF (Sécurité résident) et suivants.



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

Liberté
Égalité
Fraternité



Type de mesures	Réf. Rapport	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence
I.12 Injonction	E37	Actualiser les dossiers de liaison d'urgence (DLU).	Les DLU sont tenus à jour contrairement à ce qui est écrit. Il n'a pas été demandé au MedCo d'éditer un DLU au hasard pour vérifier ces allégations ou l'interroger pour connaître les pratiques. Dès l'arrivée du résident, le dossier médical est entièrement renseigné (pathologies, prescriptions, GIR, PATHOS, vaccinations, alimentation...), ainsi que le dossier administratif. Au fur et à mesure de l'évolution, les pathologies sont complétées et réactualisées, les ordonnances mises à jour. Il n'y a pas de DLU dans les classeurs médicaux qui seraient rapidement obsolètes et non utilisables. De plus, les soignants ont accès jour et nuit au DLU informatisé, il n'y a donc aucune opportunité à faire une édition papier dans ce classeur.	=> Maintenue, délai de mise en œuvre fixé à immédiat. Le rapport fait état de DLU informatisé. Les professionnels interrogés sur la mise à jour des DLU n'ont pas été en mesure d'affirmer si ceux-ci sont actualisés. Par ailleurs, compte tenu du risque de panne informatique et conformément aux recommandations de l'HAS, la mission maintient l'injonction. La désignation d'un infirmier référent chargé de la tenue à jour des DLU est attendue. INJONCTION 12 MAINTENUE	L311-3.3. Recommandation HAS 2015 « dossier de liaison d'urgence »
P.1 Prescription	E1	Rétablir le taux de présence autorisé et financé dès la fin des travaux (anticipation à prévoir).	Les travaux de restructuration et d'amélioration des locaux vont contribuer à une meilleure attractivité de l'établissement. En parallèle, l'EHPAD a augmenté le nombre de VPA en vu de constituer une liste d'attente.	=> Levée. INJONCTION 12 MAINTENUE	L313-1 alinéa 4 du CASF et suivants.
P.2 Prescription	E7	Compléter le plan bleu (signature et procédures).	Le plan bleu ne concerne que le plan canicule qui n'est en effet pas signé mais sur chaque page est écrit en bas l'adresse de l'établissement et nom du MedCo. L'établissement va y intégrer le DARDE, DARI, PCA, DARESC et PSE. L'EHPAD attend un retour du siège de l'Association concernant le risque Cyber.	PRESCRIPTION 1 LEVEE => Maintenue, délai de mise en œuvre fixé à 3 mois. PRESCRIPTION 2 MAINTENUE => Maintenue, délai de mise en œuvre fixé à 1 mois. PRESCRIPTION 3 MAINTENUE => Maintenue, délai de mise en œuvre fixé à 1 mois. PRESCRIPTION 4 MAINTENUE	L.311-3 du CASF et suivants. D 312-176-5 CASF (DUD en EHPAD privé) et suivants. D312-176-5 du CASF (privé).
P.3 Prescription	E8	Etablir un organigramme dans les règles.	L'EHPAD attend un retour de la DRH de l'Association concernant ce point.		
P.4 Prescription	E9	Compléter la fiche de poste du Directeur notamment en intégrant la conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement.	Ce document émanant du siège de l'Association dont la finalisation est en cours, l'EHPAD attend le retour de la Direction Générale.		

Type de mesures	Ref. Rapport	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence
P.5	E10, E11	Conformer la délégation de signature.	Ce document émanant du siège de l'Association dont la finalisation est en cours, l'EHPAD attend le retour de la Direction Générale. Cependant il existe une sub-délégation de pouvoirs pour la signature des CDD par le cadre de santé (Annexe 13).	=) Maintenu, délai de mise en œuvre fixé à 1 mois. Le document de délégation émanant du siège est attendu. PREScription 5 MAINTENUE =) Levée.	D312-176-5 CASF et suivants.
P.6	E12, R10	Mettre en place des référents.	Des référents sont nommés (Annexe 14). L'information a été diffusée à l'ensemble des professionnels. Concernant le Responsable Qualité, dans le cadre de la réorganisation du siège de l'Association, cette fonction est prévue (Annexe 15). Un interlocuteur Respect des droits des personnes va être nommé.	PREScription 6 LEVEE =) Maintenu, délai de mise en œuvre fixé à 3 mois. *	HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle dans la prévention et le traitement de la maltraitance", 2018. L119-1 CASF et suivants.
P.7	E14	Formaliser la politique de promotion de la bientraitance de l'EHPAD et la porter auprès des professionnels.	Concernant la procédure de signalement en cas d'agression, ce document devant émaner du siège de l'Association, l'EHPAD attend un retour de la Direction Générale.	PREScription 7 MAINTENUE =) Maintenu, délai de mise en œuvre fixé à immédiat.	L. 331-2 CASF et suivants.
P.8	E18	Compléter et conformer le registre.	La mairie de Massy a été contactée sur ce point. Nous sommes dans l'attente du passage d'un agent suite à l'échange avec le cabinet de Monsieur le Maire.	PREScription 8 MAINTENUE =) Maintenu, délai de mise en œuvre fixé à 1 mois.	L311-3&4 et L311-5-1 CASF et suivants.
P.9	E19	Compléter, mettre à jour et suivre avec rigueur les dossiers des résidents.	L'ensemble des dossiers administratifs des résidents va être complété.	PREScription 9 MAINTENUE =) Levée.	R. 311-33 à -37 CASF et suivants.
P.10	E23	Compléter la procédure pour intégrer les critères et les modalités de refus.	Les critères de refus d'admission ne sont pas formalisés mais la procédure administrative, Modèles de refus, prévoit la communication de celui-ci (Annexe 16).	PREScription 10 LEVEE	



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Type de mesures	Réf. Rapport	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence
P.11 Prescription	E25	S'assurer du strict respect du secret médical, notamment pendant les temps de transmissions, selon l'article R4312-4 du CSP.	Conformément à la loi N° 2016-41 du 26/01/2016 de modernisation de notre système de santé et l'article L1110-4 du Code de la Santé Publique, le secret dont le secret médical est partagé. Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social ... Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe. Fondamentalement, la connaissance des pathologies des résidents permet à ces 3 professions de faire leur métier. A savoir mettre en œuvre des PEC thérapeutiques adaptées, des accompagnements individualisés. Les exclure de ces temps de transmissions au nom du secret médical, c'est abonder dans le sens du clivage des résidents : son corps médical, son corps « psychique », son corps social. C'est aussi participer activement au cloisonnement des professionnels qui l'accompagnent. Renforçant la suprématie du médical/ paramédical aux dépens de la considération globale de l'individu. La psychomotricienne exerce son métier sur prescription, des missions en tant que coordinatrice du PASA (les résidents relevant de ce mode de PEC non médicamenteuse étant de fait atteints de pathologies neuro dégénératives avec troubles comportementaux associés...). Elle participe aux réunions cliniques, au PAP... Les pathologies, l'état de santé étant nécessairement abordés. Comment les animateurs composant quotidiennement avec les troubles psycho comportementaux et/ou déficit cognitif, moteur, des résidents seraient susceptibles d'ajuster leurs relations, leurs réactions, le contenu de leurs animations s'ils n'avaient pas connaissance au moins succinctement des pathologies. Entendre que l'état de santé d'un résident se dégrade leur est utile et est complémentaire de l'accompagnement des soignants (ex : aide à la mobilisation, gainage, douleur...). Quid de leur participation aux	=> Maintenue, délai de mise en œuvre fixé à 1 mois. La mission prend acte de la mise en place du secret partagé au sein de l'EHPAD. A ce titre, le recueil du consentement des résidents à ce partage est attendu (tableau avec en ordonné la liste des résidents et en abscisse la date du recueil, le nom et la qualité de la personne qui l'a recueillie). Par ailleurs, les professionnels non soignant avec qui le secret est partagé, doivent être identifiés et justifiés conformément à la loi du 26/01/2016 et des recommandations du conseil national de l'ordre des médecins.	L. 311-3 4° CASF et suivants

Type de mesures	Réf. Rapport	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence
P.12	E26	Mettre en place un plan d'action qui vise à réduire le nombre de personnes dénutries et qui passe par un contrôle de l'effectivité d'application des procédures.	réunions cliniques, PAP où les pathologies, l'état de santé sont nécessairement abordés. L'évolution de l'état de santé des résidents, restituée lors des transmissions quotidiennes permet au psychologue d'exercer son métier et de réajuster son suivi avec des données médicales complémentaires, de proposer un éclairage qui prend en compte d'autres aspects de sa personnes (vécu, deuils, pertes ...), de participer à un accompagnement du sujet dans sa globalité. Si le secret médical ne lui permet plus d'avoir accès à ces données lors des transmissions, alors sa présence n'est pas non plus requise lors des VPA. De même que sa participation aux réunions cliniques et à la mise en œuvre des PAP sont à reconsidérer.	PRESCRIPTION 11 MAINTENUE =) Levée. La mission prend acte des mesures énoncées et invite l'EHPAD à rester en alerte sur cette question.	L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité).

Type de mesures	Réf. Rapport	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence
P.13	Prescription	Proposer systématiquement une aide à la prise de repas assis à hauteur des résidents afin d'éviter les fausses routes et ainsi garantir la sécurité des résidents lors des repas.	faciliter la prise des repas : servis en plateau pour ceux qui ne restent pas en place, repas en chambre pour ceux qui refusent de manger avec les autres, prescription systématique de CNO pour les résidents qui refusent de manger leur plat sans attendre de prescription médicale, prescription de collations de nuit pour ceux qui sont réveillés la nuit, adaptation des menus aux goûts des résidents quand c'est possible, prescription possible de manger-mains. En complément, un CLAN a été réuni le 10/04/24 (Annexe 18).	PRESCRIPTION 12 LEVEE => Maintenue, délai de mise en œuvre fixé à immédiat. Absence d'éléments de preuve sur le rappel des bonnes pratiques et la procédure sont attendus.	L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité) et suivants
P.14	Prescription	Revoir totalement l'organisation spatiale des professionnels, sensibiliser les professionnels à l'observance des quantités prises et mettre en place des suivi et transmission en la matière.	L'établissement a rappelé les bonnes pratiques aux professionnels lors des transmissions. Une procédure va formaliser cette pratique. Dans le cadre du projet de restructuration (création d'une salle de repas pour le personnel dans la salle de restauration), l'organisation spatiale des professionnels va être revue. Le responsable de secteur du prestataire de restauration a été reçu par la direction et le MedCo concernant le personnel en salle. Des actions ont été menées par Villarest concernant une équipe stable sur site depuis le mois de 03/2024. Lors des transmissions, les équipes de soins font un retour sur le suivi des prises effectives des résidents.	PRESCRIPTION 13 MAINTENUE => Maintenue, délai de mise en œuvre fixé à 3 mois. Un plan du projet de restructuration évoqué est attendu.	L311-3 3° CASF
P.15	Prescription	Installer un DAE conforme aux exigences de la réglementation.	L'établissement va acquiescer un DAE.	PRESCRIPTION 14 MAINTENUE => Maintenue, délai de mise en œuvre fixé à immédiat.	décret n°2018-1186 du 19 décembre 2018 et suivants.
P.16	Prescription	Etablir des contrats/conventions avec les personnels libéraux.	Il a été proposé à tous les libéraux de signer cette convention, la plupart ont refusé. Certains médecins ont expliqué que le Conseil de l'Ordre des Médecins leur avait conseillé de ne pas signer. Il sera donc impossible de répondre à cette prescription. Nous nous trouvons en effet devant une	PRESCRIPTION 15 MAINTENUE => Levée.	R313-30-1 CASF et suivants

Type de mesures	Réf. Rapport	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence
P.17	Prescription	Développer et réactualiser le projet PASA.	impasse puisque le résident a le choix de son médecin/professionnel libéral que nous sommes donc obligés d'intégrer dans le parcours de soin qu'il ait ou non signé cette convention. Cependant des kinésithérapeutes ont signé une convention depuis l'inspection (Annexe 19).	PREScription 16 LEVEE ⇒) Nouvelle prescription en substitution de l'injonction n°1, délai de mise en œuvre fixé à 6 mois. Le volet PASA présent dans le projet d'établissement 2024-2026 est attendu.	Art. D312-155-0-1 (PASA) et suivants.
P.18	Prescription	Produire un projet d'établissement complet et conforme.	Dans le cadre du nouveau CPOM 2024-2028 dont le processus de signature est en cours, l'EH PAD doit élaborer un nouveau projet d'établissement (2024-2026 Annexe 1) qui sera réalisé après les travaux et qui intégrera le volet PASA.	PREScription 17 MAINTENUE ⇒) Nouvelle prescription en substitution de l'injonction n°2, délai de mise en œuvre fixé à 6 mois. Le projet d'établissement 2024-2026 est attendu.	L311-8 du CASF et suivants.
R.1	Recommandation	Formaliser les réunions de cadres (planning et comptes rendus).	L'EH PAD va programmer à compter du mois de 05/2024 un CODIR tous les mois et un COPIL tous les 3 mois. Ces réunions feront l'objet d'un CR.	PREScription 18 MAINTENUE ⇒) Mainteneur, délai de mise en œuvre fixé à 6 mois. Les CR des 6 premiers mois sont attendus.	
R.2	Recommandation	Conformer et compléter les fiches de poste.	La fiche métier du cadre de santé a été signée par les 2 parties (Annexe 20).	RECOMMANdATION 1 MAINTENUE ⇒) Levée.	
R.3	Recommandation	Rédiger les modalités générales au format « règlement de fonctionnement du « CVS » ».	Le règlement de fonctionnement du CVS, conformément aux nouvelles dispositions du décret N°2022-688 du 25/04/2022, a été approuvé lors de la réunion 25/03/2023 (Annexe 21).	RECOMMANdATION 2 LEVEE ⇒) Levée.	
R.4	Recommandation	Formaliser la gestion des signaux et réclamations et leur suivi.	Un tableau de synthèse va être élaboré par l'établissement pour le suivi et le bilan des réclamations et signalements.	RECOMMANdATION 3 LEVEE ⇒) Mainteneur, délai de mise en œuvre fixé à 1 mois.	
				RECOMMANdATION 4 MAINTENUE	

Type de mesures	Réf. Rapport	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence
R.5	Recommandation	R5	Compléter et tenir avec rigueur les dossiers administratifs.	=) Maintenue, délai de mise en œuvre fixé à 1 mois.	
R.6	Recommandation	R6	Proposer des temps d'échanges formalisés entre les équipes	RECOMMANDATION 5 MAINTENUE =) Maintenue, délai de mise en œuvre fixé à immédiat. Les entretiens individuels annuels ne répondent pas à la recommandation qui vise à favoriser les échanges entre les équipes.	Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS (HAS - 08/03/2022)
R.7	Recommandation	R7	Décliner les fiches de poste pour chaque professionnels et les faire valider par signature réciproque.	RECOMMANDATION 6 MAINTENUE =) Maintenue, délai de mise en œuvre fixé à 3 mois.	
R.8	Recommandation	R8	Etablir une procédure claire pour organiser les remplacements et s'assurer de son appropriation et de sa diffusion à tout le personnel.	RECOMMANDATION 7 MAINTENUE =) Maintenue, délai de mise en œuvre fixé à 1 mois.	
R.9	Recommandation	R11	Mener une enquête annuelle de satisfaction des résidents.	RECOMMANDATION 8 MAINTENUE =) Maintenue, délai de mise en œuvre fixé à 6 mois.	Recommandations nutrition du GEM-RCN
R.10	Recommandation	R12	Mettre en œuvre effectivement la proposition d'un menu de substitution.	RECOMMANDATION 9 MAINTENUE =) Levée.	
R.11	Recommandation	R13	Mettre en place un dispositif permettant d'assigner une table au résident en salle de restauration (un chevalet par exemple...).	RECOMMANDATION 10 LEVEE =) Levée. La mission prend acte de la décision de l'établissement.	RBPP HAS
			Il existe un plan de plan table mis à jour accessible en SAM à disposition des soignants et de l'équipe de restauration. Les résidents ont bien une place attribuée. Ils peuvent toutefois changer de place s'ils le souhaitent ; le plan de table est alors réactualisé. Envisager d'éventuels « chevalets » ou autre support ne prend pas en considération les résidents susceptibles de les récupérer, de les déplacer, de les jeter..., les résidents déambulants et la salle de restauration est toujours accessible. Le nom ne pourrait pas non plus être collé sur la table pour des raisons d'hygiène, la table doit être désinfectée plusieurs fois par jour et le collant ne résisterait pas. Les résidents auraient-ils envie d'avoir leur nom sur des tables ?	RECOMMANDATION 11 LEVEE	



Type de mesures	Réf. Rapport	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence
R.12 Recommandation	R14	Dans le cadre du respect de la dignité des usagers, une réflexion sur les matériels utilisés et les stimulus auditifs pendant les repas doit être engagée.	Il est vrai que la TV est allumée pendant le repas, essentiellement parce que certains résidents le demandent. Toutefois, comment satisfaire tout le monde. Éteindre la TV est un parti pris et un non-respect des demandes de certains résidents. On pourrait en effet baisser le son sur les temps des repas. En parallèle, une réflexion a été menée en équipe où il a été précisé que la TV permettait de réduire les troubles du comportement de certains résidents (moins agités) permettant ainsi une ambiance plus calme et un climat plus serein pour les autres résidents.	=) Levée. La mission prend acte de la décision de l'établissement.	RBPP HAS
R.13 Recommandation	R15, R16	Produire une procédure d'aide au repas et de détermination des résidents à servir en chambre, en précisant les raisons. Celle-ci comportera les modalités de contrôle du fait que tous les résidents en chambre ont bien eu leur repas et la traçabilité de leur prise.	L'établissement va formaliser une procédure d'aide aux repas et une procédure sur les plateaux en chambre. Malgré tout, une analyse régulière est effective pour les résidents qui mangent en chambre. C'est également indiqué dans les transmissions la plupart du temps quand c'est occasionnel. Le cadre de santé veille à ce que la décision de manger en chambre incombe aux IDE avec réévaluation par le MedCo dès que possible. La liste des résidents qui mangent régulièrement en chambre est tenue à jour par le Medco et transmise aux IDE et chef gérant. Une évaluation est effectuée mais ne s'appuie pas sur une procédure écrite.	=) Maintenu, délai de mise en œuvre fixé à 1 mois. Une procédure et une traçabilité de la prise effective des repas en chambre sont attendues.	Guide de bonnes pratiques de soins en EHPAD, oct. 2007
R.14 Recommandation	R17	Sensibiliser les professionnels au suivi et à l'utilisation des protocoles.	A chaque édition d'un nouveau protocole, celui-ci est diffusé largement via la messagerie NETSoins. Les professionnels vont être sensibilisés sur ce point.	RECOMMANDATION 13 MAINTENUE =) Levée.	
R.15 Recommandation	R18	Formaliser la réévaluation périodique des plans de soins personnalisés.	La formalisation de la réévaluation des plans de soins va être réalisée.	RECOMMANDATION 14 LEVEE =) Maintenu, délai de mise en œuvre fixé à 3 mois.	
R.16 Recommandation	R19	Tracer en temps réel les soins réalisés sous le logiciel NETSoins®.	L'EHPAD va se rapprocher du fournisseur du logiciel de soins, Teranga, et étudier le coût financier pour l'acquisition de tablettes, scanettes ainsi que des licences nécessaires.	RECOMMANDATION 15 MAINTENUE =) Levée. Cependant, un rappel à l'ordre également serait apprécié.	
R.17 Recommandation	R20	Améliorer la qualité de la traçabilité des soins des actes IDE.	L'acquisition de tablettes, scanettes va permettre d'améliorer la qualité de la traçabilité.	RECOMMANDATION 16 LEVEE =) Maintenu, délai de mise en œuvre fixé à 3 mois. Les éléments de preuve sur l'acquisition de tablettes et scans sont attendues.	
				RECOMMANDATION 17 MAINTENUE	

Type de mesures	Ref. Rapport	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence
R.18	Recommandation	R21	Tracer la vérification des dates de péremption des médicaments.	=) Levée. Cf plus haut.	
R.19	Recommandation	R22	Veiller à ce que les professionnels inscrivent les dates d'ouverture sur les flacons de consommables.	RECOMMANDATION 18 LEVEE =) Levée.	
R.20	Recommandation	R23	Améliorer le taux de traçabilité des prescriptions de médicaments.	RECOMMANDATION 19 LEVEE =) Levée. La mission relève sur l'annexe 23 que la couverture de traçabilité des prescriptions de médicaments dans NETSoins® est passée de 94,03% à 98,57%.	
R.21	Recommandation	R24	Procéder aux déplacements du stock de produits ménagers du local infirmerie et changer le point d'eau afin de permettre son entretien hygiénique.	RECOMMANDATION 20 LEVEE =) Levée. L'annexe 25 présente un nettoyage désinfectant multi surface professionnel 750 ml, toutefois la mission n'évoquait pas ce produit mais les produits ménagers en format unitdose.	
R.22	Recommandation	R27	Disposer les broyeurs de médicaments sur les chariots de restauration.	RECOMMANDATION 21 LEVEE =) Levée.	
R.23	Recommandation	R29 R30	Mener une réflexion sur la participation du résident et de ses proches à l'élaboration du PAP. Rétablir les projets de soins individualisés (PAP) dans les dossiers administratifs du résident.	RECOMMANDATION 22 LEVEE =) Maintenu, délai de mise en œuvre fixé à 6 mois. Une partie sur le PAP est attendue dans le projet d'établissement. RECOMMANDATION 23 MAINTENUE =) Levée.	HAS, "Qualité de vie en EHPAD, volet 1 : de l'accueil de la personne à son accompagnement", 2011

Type de mesures	Ref. Rapport	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence
R.24	R31	Mettre à jour la convention avec l'HAD en intégrant l'activité manquante ou rectifier l'affichage.	L'EHPAD a 2 conventions avec l'HAD : 1 pour le suivi médical signée en 2007 et 1 avec l'HAD pour les soins IDE de nuit (Annexe 26).	=) Levée. RECOMMANDATION 24 LEVEE	

