

Délégation départementale de Seine-Saint-Denis

Conseil départemental de Seine-Saint-Denis

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

M. [REDACTED]
Directeur Général [REDACTED]
8 rue Rouget de l'Isle
92130 Issy-Les-Moulineaux

Conseil départemental de Seine-Saint-Denis

Direction de l'autonomie

Affaire suivie par : [REDACTED]
Courriel : [REDACTED]

Saint-Denis, le

Lettre recommandée avec AR

N°

Monsieur le Directeur Général,

L'inspection conduite conjointement par l'Agence régionale de santé d'Île-de-France (ARS IDF) et le Conseil départemental de Seine-Saint-Denis, le 29 novembre 2023 au sein de l'EHPAD Résidence Les Clairières, situé au 50-56, allée du Chevalier de la Barre aux Pavillons-Sous-Bois (93320) (FINESS n° 9308117580) a été inscrite au programme de contrôle des EHPAD diligenté au premier trimestre 2023 sur l'ensemble du territoire national.

Compte-tenu des écarts et remarques constatés, nous vous avons adressé le 18 avril 2024 la lettre d'intention que nous a remis la mission d'inspection et vous avons notifié 8 injonctions, 22 prescriptions et 49 recommandations portant notamment sur les éléments suivants :

- L'absence d'intérim en l'absence du directeur ;
- La vacance du poste de médecin coordonnateur ;
- L'absence de plan de formation ;
- Le recours important aux contrats à durée déterminée ;
- Les glissements de tâches ;
- Le manque d'encadrement des stagiaires ;
- Le manque d'hygiène des locaux ;
- L'absence ou l'obsolescence des contrats de partenariats avec des établissements de santé et avec une HAD ;
- L'absence des documents relatifs à la loi 2002-2 (projet d'établissement, règlement de fonctionnement, plan bleu....) ;
- L'absence de transmission du Document Unique de Délégation ;
- L'absence de transmission des données relatives aux taux de rotation, d'absence... ;
- L'absence de transmission de la procédure de gestion des dysfonctionnements, EI/EIG/EIGS ;
- L'absence de Plan d'Amélioration Continue de la Qualité ;
- Le manque de sécurisation des locaux ;
- L'absence de commission d'animation.

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 17 juin 2024 des éléments de réponse détaillés, ce dont nous vous remercions. Ces éléments portaient notamment sur :

- Injonction N°1 : le gestionnaire indique qu'une directrice a été recrutée le 2 janvier 2024. La mission a été destinataire du Document Unique de Délégation (DUD) de la directrice. L'injonction N°1 est requalifiée en prescription, dans l'attente de la transmission du contrat de travail et des diplômes de la directrice, Par ailleurs l'injonction portait sur la mise en place d'un intérim de direction, lors des absences prévues et non prévues de la directrice. Aucun élément relatif à un intérim de direction n'a été transmis à la mission (requalifiée en prescription) ;
- Injonction N°2 : le poste de médecin coordonnateur (Medco) est vacant. Le gestionnaire indique que des entretiens d'embauche sont menés afin de recruter un Medco. Un service de télé coordination médicale a été mis en place parallèlement à la recherche d'un Medco. L'injonction est requalifiée en prescription, suite à la mise en place de mesures correctives. La prescription ne pourra être levée que si un Médco est recruté à 0,60 ETP comme le prévoit la réglementation en vigueur (requalifiée en prescription) ;
- Injonction N°3 : transmettre le plan de formation. Les plans de formation 2023 et 2024 ont été transmis. Le gestionnaire a également transmis les feuilles d'émarginement et les attestations de suivi de formation, des formations ayant eu lieu depuis le début de l'année 2024 (levée) ;
- Injonction N°4 : le recours important au contrat de travail à durée déterminée (CDD). Les éléments transmis ne permettent pas de constater qu'une politique de fidélisation des professionnels a été mise en place et que la pratique de la multiplication des CDD pour un salarié ne s'applique plus au sein de la structure (injonction maintenue) ;
- Injonction N°5 : la signature des conventions de stage par l'infirmière faisant fonction d'infirmière cadre de santé (IDEC), en l'absence de délégation de pouvoir. La délégation de pouvoir de la directrice prévoit la signature des conventions de stage (levée) ;
- Injonction N°6 : les glissements de tâches vers les stagiaires. Le gestionnaire a transmis la liste des stagiaires accueillis, comprenant le nom des stagiaires et leur date de stage, ainsi que le nom et la qualité du référent du stagiaire. L'injonction est maintenue dans l'attente de la transmission d'une procédure d'accueil et d'accompagnement des stagiaires accueillis au sein de l'établissement (maintenue) ;
- Injonction N°7 : les conditions d'hygiène insuffisantes. La transmission des factures d'achat de chariots de ménage, des tableaux de suivi d'entretien et des éléments de preuve de formation à l'attention du personnel permet la levée de l'injonction N°7 (levée) ;
- Injonction N°8 : la transmission des différentes conventions. Les conventions réglementaires ont toutes été transmises, hormis la convention avec un établissement de santé. Par ailleurs, vous précisez que les contrats avec les professionnels médicaux et paramédicaux libéraux sont en cours d'élaboration. L'injonction est requalifiée en prescription qui ne pourra être levée qu'après la transmission des éléments manquants (requalifiée en prescription) ;
- Prescription N°1 : les affichages réglementaires. La transmission des affichages réglementaires permet la levée de la prescription (levée) ;
- Prescription N° 2 : l'élaboration du règlement de fonctionnement. La mission prend note de la transmission du projet de règlement de fonctionnement répondant aux exigences de l'article R311-33 à 37-1 du code de l'action sociale et des familles et de la loi du 8 avril 2024 portant « mesures pour bâtir la société du bien-vieillir et de l'autonomie ». La prescription N°2 est maintenue, dans l'attente de la transmission de la version définitive du document et de sa transmission au CVS (maintenue) ;
- Prescription N°3 : la mise en conformité du projet d'établissement avec la réglementation. La prescription est maintenue dans l'attente de la transmission de la version définitive du projet d'établissement (maintenue) ;
- Prescription N°4 : la mise en conformité du plan bleu avec la réglementation. La transmission du plan bleu 2024 comprenant toutes les rubriques prévues par la réglementation permet la levée de la prescription N°4 (levée) ;

- Prescription N°5 : la transmission des données relatives aux taux de rotation et d'absentéisme de la structure. La transmission des données demandées permet la levée de la prescription N°5 (levée) ;
- Prescription N°6 : l'absence de transmission du Document Unique de Délégation (DUD). La transmission du DUD permet la levée de la prescription N°6 (levée) ;
- Prescription N°7 : la transmission des documents relatifs au Conseil de la Vie Sociale (CVS). La prescription N°7 est maintenue dans l'attente de la transmission du règlement intérieur du CVS (maintenue) ;
- Prescription N°8 : la gestion des événements indésirables, événements indésirables graves et des événements indésirables graves associés au soins (EI/EIG/EIGS). La mission prend note de la transmission de la procédure des EI/EIG/EIGS prévoyant des temps de retour d'expérience (Retex) en équipe pluridisciplinaire. La prescription N°8 est requalifiée en recommandation, dans l'attente de la transmission des documents (ordre du jour de réunion de Retex et feuilles d'émargement) relatifs l'organisation de ces temps de retour d'expérience (requalifiée en recommandation) ;
- Prescription N°9 : le faible ratio d'encadrement AS/AMP de l'établissement. La prescription est maintenue dans l'attente de la transmission des documents attestant de la nouvelle organisation des moyens en ressources humaines de l'établissement mis en cohérence avec la nouvelle coupe Pathos prévue en octobre 2024 (maintenue) ;
- Prescription N°10 : l'élaboration d'un plan d'amélioration continue de la qualité et la désignation d'un référent. La mission note que le logiciel [REDACTED] a été déployé au sein de l'établissement. La prescription est requalifiée en recommandation dans l'attente de la désignation d'un référent au sein de l'établissement (requalifiée en recommandation) ;
- Prescription N°11 : La sécurisation et le stockage des dossiers médicaux. La prescription est maintenue dans l'attente de la transmission des factures attestant de la mise en place du nouveau dispositif de stockage sécurisé effectués et des photos permettant le repérage dans l'espace et le temps (maintenue) ;
- Prescription N°12 : la réalisation de travaux afin de sécuriser les locaux et les personnes accueillies. La transmission d'une partie des factures attestant des travaux effectués et de l'attestation de levée de réserve permet de lever une partie de la prescription N°12. Toutefois la prescription est maintenue dans l'attente de la transmission des factures relatives à la réparation de la porte de secours et à la mise en place d'un système occultant dans toutes les chambres des résidents (maintenue) ;
- Prescription N°13 : la mise en conformité aux normes réglementaires de la lingerie. La prescription N°13 est maintenue dans l'attente de la transmission de la nouvelle procédure de gestion du linge (maintenue) ;
- Prescription N°14 : le recueil des directives anticipées. La transmission de l'annexe de la procédure d'admission d'un nouveau résident prévoyant le recueil des directives anticipées permet la levée de la prescription (levée) ;
- Prescription N°15 : la présence de produits pharmaceutiques périmés. La prescription est maintenue dans l'attente de la transmission de documents attestant de l'organisation de formations (convocation et feuilles d'émargement), à l'attention des équipes en charge de la gestion du stock tampon (maintenue) ;
- Prescription N°16 : le poste de médecin prescripteur. La transmission du contrat de travail du médecin prescripteur permet la levée de la prescription (levée) ;
- Prescription N°17 : le dossier administratif des salariés. La transmission de la liste de des éléments constituant le dossier salarié permet la levée de la prescription N°17 (levée) ;
- Prescription N°18 : les contrats de prestation de l'établissement. Les contrats de prestation (restauration...) n'ont pas été transmis (maintenue) ;
- Prescription N°19 : l'élaboration d'une procédure d'information relative à la valorisation des acquis et de l'expérience (VAE). La transmission de la procédure du groupe [REDACTED] permet la levée de la prescription N°19 (levée) ;
- Prescription N°20 : la procédure d'accueil des nouveaux professionnels. La transmission de la procédure du groupe [REDACTED] permet la levée de la prescription N°20 (levée) ;

- Prescription N°21 : la transmission des fiches de tâches heurées. La transmission des fiches de tâches heurées permet la levée de la prescription N°21 (levée) ;
- Prescription N°22 : la tenue de la commission d'animation. L'organisation d'une commission d'animation le 22 mars 2024 permet la levée de la prescription N°22 (levée).

Aussi, nous vous notifions, à titre définitif, 2 injonctions, 12 prescriptions et 38 recommandations.

Nous appelons votre attention sur la nécessité de transmettre à la Délégation départementale de Seine-Saint-Denis et au Conseil départemental de Seine-Saint-Denis les éléments de preuve documentaire permettant d'attester de la mise en place des mesures correctrices et de lever ces décisions de façon définitive.

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 Télerecours citoyens accessible par le site <https://citoyens.telerecours.fr>.

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

La Directrice de la délégation départementale
de Seine-Saint-Denis de
l'agence régionale de santé
d'Île-de-France

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

Copie :

Mme la Directrice
EHPAD Les Clairières
50-56 allée du chevalier de la barre
93320 Les Pavillons-sous-Bois

Annexe : Mesures envisagées dans le cadre de l'inspection réalisée le 29 novembre 2023 au sein de l'EHPAD résidence Les Clairières (n°FINESS ET 9300817580), 93320 LES PAVILLONS SOUS BOIS)

Injonctions :

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Réponse inspecté	Décision	Délai de mise en œuvre
1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	<p>La mission constate qu'aucun intérim n'a été mis en place pour pallier à l'absence de [REDACTED] (Ecart n°6).</p> <p>Le poste de directeur est vacant au jour de la visite. [REDACTED]. Aucun intérim n'a été mis en place par l'organisme gestionnaire de l'établissement (Ecart n°17).</p> <p>Texte de référence : D312-176-5 CASF</p>	Le gestionnaire doit procéder au recrutement d'un directeur.	Arrivée de [REDACTED] le [REDACTED]	L'injonction est requalifiée en prescription, dans l'attente de la transmission du contrat de travail et des diplômes de la directrice.	6 mois
1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	<p>La mission constate qu'en l'absence de médecin coordinateur dans l'établissement, le siège n'a pas mis en place une procédure formalisée garantissant la présence régulière d'un médecin afin de pallier cette vacance (Ecart n°7).</p> <p>La mission constate la vacance du poste de MEDCO (0,60 ETP min) et l'absence de procédure pour pallier cette vacance (article D312-156 CASF) (Ecart n°9).</p>	Le gestionnaire doit procéder au recrutement de 0,60 ETP de médecin coordinateur.	Entretien d'embauche MEDCO / Mise en place depuis mi-avril [REDACTED] en télécoordination	L'injonction est requalifiée en prescription, suite à la mise en place de mesures correctives. La prescription ne pourra être levée que si un Médco est recruté à 0,60 ETP comme le prévoit la réglementation en vigueur.	1 an

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Réponse inspecté	Décision	Délai de mise en œuvre
	<p>Le poste de Medco est vacant, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-156 CASF (Ecart n°16).</p> <p>En l'absence de Medco, la composition de l'équipe pluridisciplinaire n'est pas conforme à l'article D312-155-0 III du CASF (Ecart n°33).</p> <p>La vacance de poste de medco contrevient aux dispositions de l'article D312-156 du CASF.</p> <p>La mission constate que l'absence de coordination médicale fait courir un risque pour la qualité et la sécurité des soins des résidents avec une absence d'encadrement médical de l'équipe soignante selon les dispositions de l'article D312-158 CASF (absence d'avis médical pour toutes les admissions, absence de tenue d'une commission de coordination gériatrique, ...)(Ecart n°34).</p> <p>En absence de médecin coordinateur le volet de soins du PPI est élaboré et formalisé par la cadre de santé la psychologue et les référents soignants du résident (Remarque N°112).</p> <p>Textes de référence : D312-156 et D312-155-0 III CASF</p>				

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Réponse inspecté	Décision	Délai de mise en œuvre
1.5- Gouvernance- Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<p>La mission n'a pas été destinataire d'un plan de formation adapté à la promotion de la bientraitance et à la lutte contre la maltraitance (Ecart n°13).</p> <p>L'établissement n'a pas transmis le plan de formation, malgré la demande de la mission (Ecart n°20).</p> <p>Textes de référence : L313-12-3 et L119-1 CASF</p>	La direction doit élaborer un plan de formation.	Les plans de formation 2023 et 2024 ont été transmis. Le gestionnaire a également transmis les feuilles d'émarginage et les attestations de suivi de formation, des formations ayant eu lieu depuis le début de l'année 2024.	Levée	
Inj 1	<p>2.1-Fonctions support-Gestion des RH</p> <p>L'échantillon de dossiers du personnel consulté par la mission d'inspection a fait ressortir un recours important au CDD. Ainsi, l'établissement a signé plus de 50 CDD pour un salarié en une année, ce qui contrevient aux dispositions du code du travail (Ecart n°18).</p> <p>Texte de référence : 1242-2 du Code du travail</p>	L'établissement doit se mettre en conformité avec la législation en vigueur, lors de la conclusion des CDD, et mettre en place une politique de fidélisation du personnel en proposant des CDI quand cela est possible.	La personne remplace un salarié en arrêt maladie et le contrat de travail sont renouvelés en fonction des arrêts maladie , l'établissement dispose d'un pool remplacants de plus des ACI sont diffusées dès qu'un poste est disponible	Les éléments transmis ne permettent pas de constater qu'une politique de fidélisation des professionnels a été mise en place et que la pratique de la multiplication des CDD pour un salarié ne s'applique plus au sein de la structure.	6 mois
	<p>2.1-Fonctions support-Gestion des RH</p> <p>Lors du contrôle d'un échantillon de dossiers administratifs, la mission a constaté que certains contrats de travail et conventions de stage ont été signés par [REDACTED], alors qu'elle ne possède pas de délégation de pouvoir (Ecart n°19).</p> <p>Texte de référence : D312-176-5 CASF</p>	L'établissement doit s'assurer qu'il n'y a pas glissement de tâche de la direction vers [REDACTED] [REDACTED], en élaborant des fiches de poste détaillant les missions de chacun.	Recrutement d'une directrice [REDACTED] qui a une delegation pour absence de [REDACTED] réf car elle a eu une promotion vers un poste [REDACTED] dans un autre établissement	La délégation de pouvoir de la directrice prévoit la signature des conventions de stage.	

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Réponse inspecté	Décision	Délai de mise en œuvre
Inj 2	<p>2.4-Fonction support-Bâtiments, espaces extérieurs, équipements</p> <p>Le glissement des tâches des professionnels vers les stagiaires compromet la sécurité et la qualité de la prise en charge des résidents et favorisent l'exercice sans titre de la profession, ce qui contrevient aux articles L311-3 CASF et L.4391-1 du CSP (Ecart n°22).</p> <p>Le jour de la visite la mission constate qu'une stagiaire effectue la toilette d'une résidente sans supervision d'un personnel expérimenté (Ecart n°32).</p> <p>Textes de référence : L311-3 CASF et L.4391-1 du CSP.</p>	<p>La direction doit veiller à l'encadrement des stagiaires, afin qu'aucun glissement de tâches des personnels de soin vers les stagiaires ne soit constaté.</p>	<p>Liste d'accueil des stagiaires faite avec un tuteur pour encadrer chaque stagiaire</p>	<p>L'injonction est maintenue dans l'attente de la transmission d'une procédure d'accueil et d'accompagnement des stagiaires accueillis au sein de l'établissement.</p>	2 mois
	<p>3.8-Prise en charge-Soins</p> <p>Les conditions d'hygiène n'étaient pas réunies (lit rouillé, vitres et rideaux très sales, WC sales, murs et sols souillés). La mission a également constaté un défaut d'entretien et d'hygiène sur l'ensemble des étages (Ecart n°31).</p> <p>Texte de référence : Annexe 2-3-1 II CASF</p>	<p>La direction doit améliorer le nettoyage des espaces communs et contrôler la traçabilité des opérations de nettoyage.</p>	<p>Achat de nouveaux chariots de ménages pour l'ensemble des étages + chariots de linge / Redistribution des tâches entre les ASH et les AS/AMP / Retour de congé maternité de la référente PLG LE 5/02/2024 le prestataire PLG pour mise en place d'une formation pour les équipes</p>	<p>Levée</p>	
	<p>4.2-Relations avec l'extérieur-Coordination avec les autres acteurs</p> <p>L'établissement n'a pas transmis de convention avec des personnels médicaux et paramédicaux libéraux, ce qui est contraire aux dispositions du CASF (Ecart n°37).</p>	<p>La direction doit établir un partenariat avec un établissement de santé et signer une convention avec lui.</p> <p>La direction doit adhérer à un réseau de soins palliatifs et établir une convention avec une</p>	<p>Il existe au sein de l'établissement une convention avec un établissement de santé, une pharmacie et un laboratoire et proposition de signature à faire aux personnels médicaux et</p>	<p>L'injonction est requalifiée en prescription qui ne pourra être levée qu'après la transmission des éléments manquants (convention avec un établissement de santé).</p>	3 mois

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Réponse inspecté	Décision	Délai de mise en œuvre
	<p>L'établissement n'a pas transmis les contrats établis entre l'EHPAD et les médecins traitants intervenants auprès des résidents (Remarque n°56).</p> <p>L'établissement n'a pas transmis la convention signée avec un établissement de santé pour la gestion des urgences (Remarque n°113).</p> <p>Au regard de l'ancienneté des conventions entre l'EHPAD et des établissements de santé, la mission s'interroge sur la non transmission d'avantages à ces conventions depuis leur prise d'effet (Remarque n°114).</p> <p>L'établissement n'a pas transmis de convention avec des personnels médicaux et paramédicaux libéraux (Remarque n°115).</p> <p>La convention HAD conclue avec le GHI Le Raincy-Montfermeil ne prévoit pas de durée (Remarque n°116).</p> <p>Textes de référence : R313-30-1 et L311-3 3° CASF</p> <p>Recommandations de la HAS de 2015 "dossier de liaison d'urgence"</p>	HAD de soins permettant la prise en charge de la douleur et une bonne prise en charge soins et soins palliatifs.	paramédicaux Recommandations de la HAS de 2015 "dossier de liaison d'urgence"		

Prescriptions

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Réponse Inspecté	Décision	Délai de mise en œuvre
1.2- Gouvernance-Management et Stratégie	<p>Il est indiqué que le règlement de fonctionnement est consultable, cependant la réglementation prévoit son affichage (Ecart n°1).</p> <p>La mission constate que la charte des droits et libertés de la personne accueillie n'est pas annexée au contrat de séjour, conformément à l'article L311-4 du CASF (Ecart n°10).</p> <p>La mission constate que le règlement de fonctionnement n'est pas affiché au jour de la visite, ce qui est au contraire aux dispositions de l'article R.311-34 du CASF.</p> <p>La mission constate que l'organigramme, le PV des commissions de restauration et les résultats de la dernière enquête de satisfaction ne sont pas affichés le jour de la visite (Remarque n°8).</p> <p>Texte de référence : R311-34 CASF</p>	<p>La direction doit s'assurer que tous les affichages réglementaires sont présents, comme le prévoit la réglementation.</p>	<p>Affichage sur le tableau des affichages obligatoires</p>	<p>Levée</p>	

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Réponse Inspecté	Décision	Délai de mise en œuvre
Presc 1	<p>1.2- Gouvernance-Management et Stratégie</p> <p>Le règlement de fonctionnement ne contient pas toutes les dispositions prévues par la réglementation en vigueur (volets sur les sanctions des faits de violence sur autrui et les temps de réunions, transmissions, partage d'information, accueil nouveaux professionnels, évaluation des pratiques professionnelles) Ecart n°2</p> <p>Textes de référence : R.311-35, R.311-36 et R.311-37 CASF</p>	Elaborer un règlement de fonctionnement contenant toutes les rubriques prévues par la réglementation.	<p>L'établissement le jour du CVS</p> <p>Le RF 2023 correspond aux prescriptions des article R311-33 à 37-1 du CSAF. Les affections, la dépendance, Alzheimer, l'organisation des soins, Temps de réunions, transmissions, accueil nouveaux professionnels, évaluation des pratiques professionnelles ne font pas parties des dispositions qui doivent être contenues dans un RF. Il contient bien des dispositions sur les actes de violence et leurs sanctions</p> <p>Le RF 2023 est en cours de révision pour diffusion à la rentrée pour mise en conformité avec la loi du 8 avril 2024 portant « mesures pour bâtir la société du bien-vieillir et de l'autonomie ».</p>	<p>La mission prend note de la transmission du projet de règlement de fonctionnement répondant aux exigences de l'article R311-33 à 37-1 du code de l'action sociale et des familles et de la loi du 8 avril 2024 portant « mesures pour bâtir la société du bien-vieillir et de l'autonomie ». La prescription N°2 est maintenue, dans l'attente de la transmission de la version définitive du document et de sa transmission au CVS.</p>	6 mois
Presc 2	<p>1.2- Gouvernance-Management et Stratégie</p> <p>Le projet d'établissement doit être élaboré conformément aux exigences du CASF (Ecart n°3).</p> <p>Le projet d'établissement 2022- 2027, transmis, ne comporte pas de volet animation (Remarque n°69).</p>	Elaborer un projet d'établissement précisant les orientations stratégiques de l'établissement et comportant toutes les rubriques prévues par la réglementation.	<p>Mise en place de la trame de projets d'établissement suivant le décret du 29/02/2024 par le service qualité de l'association, le projet d'établissement sera actualisé courant 2024.</p>	<p>La prescription est maintenue dans l'attente de la transmission de la version définitive du projet d'établissement.</p>	6 mois

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Réponse Inspecté	Décision	Délai de mise en œuvre
	Texte de référence : L311-8 CASF 1.2- Gouvernance-Management et Stratégie Le plan bleu ne comprend pas toutes les modalités à déployer en cas de crise sanitaire et les conventions avec les établissements de santé proches ne sont pas annexées (Ecart n°4). Le plan bleu ne contient pas les modalités de reprises de l'activité (Remarque n°2). Texte de référence : D312-160 CASF	Elaborer un plan bleu comprenant toutes les modalités à déployer en cas de survenue des événements prévus par la réglementation, ainsi que les modalités de reprise de l'activité.	Plan bleu 2024.	Levée	
	2.3-Fonction support-Gestion d'informations La mission d'inspection n'a pas été en mesure de récupérer des informations pourtant essentielles à l'organisation de la vie d'un établissement tels que le taux de rotation, l'absentéisme, le climat social, etc (Ecart n°5). Texte de référence : L311-3 3° CASF	Transmettre les informations concernant les données RH de l'établissement (taux de rotation, taux d'absentéisme, climat social...).	Tableau taux de rotation [REDACTED]	Levée	
Presc 3	1.2- Gouvernance-Management et Stratégie La mission constate qu'aucun intérim n'a été mis en place pour pallier l'absence de la [REDACTED] (Ecart n°6). Le poste de directeur est vacant au jour de la visite. Une [REDACTED] en poste depuis un mois est [REDACTED]. Aucun intérim n'a été mis en place par l'organisme gestionnaire de l'établissement (Ecart n°17).	Le gestionnaire doit procéder au recrutement d'un directeur.	Arrivée de [REDACTED] [REDACTED]	L'injonction est requalifiée en prescription, dans l'attente de la transmission du contrat de travail et des diplômes de la directrice.	6 mois

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Réponse Inspecté	Décision	Délai de mise en œuvre
	<p>Texte de référence : D312-176-5 CASF</p>				
Presc 4	<p>1.2- Gouvernance-Management et Stratégie</p> <p>La mission constate qu'en l'absence de médecin coordinateur dans l'établissement, le siège n'a pas mis en place une procédure formalisée garantissant la présence régulière d'un médecin afin de pallier cette vacance (Ecart n°7).</p> <p>La mission constate la vacance du poste de MEDCO (0,60 ETP min) et l'absence de procédure pour pallier cette vacance (article D312-156 CASF) (Ecart n°9).</p> <p>Le poste de Medco est vacant, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-156 CASF (Ecart n°16).</p> <p>En l'absence de Medco, la composition de l'équipe pluridisciplinaire n'est pas conforme à l'article D312-155-0 III du CASF (Ecart n°33).</p> <p>La vacance de poste de medco contrevient aux dispositions de l'article D312-156 du CASF.</p> <p>La mission constate que l'absence de coordination médicale fait courir un risque</p>	<p>Le gestionnaire doit procéder au recrutement de 0,60 ETP de médecin coordinateur.</p>	<p>Entretien d'embauche MEDCO / Mise en place depuis mi-avril [REDACTED] en télécoordination</p>	<p>L'injonction est requalifiée en prescription, suite à la mise en place de mesures correctives. La prescription ne pourra être levée que si un Médco est recruté à 0,60 ETP comme le prévoit la réglementation en vigueur.</p>	<p>1 an</p>

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Réponse Inspecté	Décision	Délai de mise en œuvre
	<p>pour la qualité et la sécurité des soins des résidents avec une absence d'encadrement médical de l'équipe soignante selon les dispositions de l'article D312-158 CASF (absence d'avis médical pour toutes les admissions, absence de tenue d'une commission de coordination gériatrique, ...)(Ecart n°34).</p> <p>En absence de médecin coordinateur le volet de soins du PPI est élaboré et formalisé par la cadre de santé la psychologue et les référents soignants du résident (Remarque N°112).</p> <p>Textes de référence : D312-156 et D312-155-0 III CASF</p>				
1.2- Gouvernance-Management et Stratégie	<p>La mission n'a pas été en mesure de prendre connaissance de la délégation de signature confiée à la [REDACTED] (Ecart n°8).</p> <p>Texte de référence : D312-176-5 CASF</p>	Transmettre le DUD.	Documents	Levée	
Presc 5	1.3-Gouvernance-Animation et fonctionnement des instances	<p>La mission d'inspection n'a pas été destinataire des résultats de la dernière élection du CVS et de sa composition conformément à l'article D.311-5 du CASF (Ecart n°11).</p>	Transmettre les résultats des dernières élections du CVS, ainsi que le règlement intérieur du CVS.	Documents renouvellement CVS septembre 2024.	<p>La prescription est maintenue dans l'attente de la transmission du règlement intérieur du CVS.</p>

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Réponse Inspecté	Décision	Délai de mise en œuvre
	<p>La mission d'inspection n'a pas été destinataire des modalités d'élaboration des ordres du jour du CVS, sa programmation et sa fréquence, la personne en charge de l'élaboration des comptes rendus (Remarque n°9).</p> <p>Texte de référence : D.311-5 CASF</p>				
1.5-Gouvernance-Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<p>La direction de l'EHPAD n'a pas mis en place des temps de réflexion auprès des professionnels, suite à un EI/EIG (Ecart n°14).</p> <p>La procédure prévoit la déclaration des seuls EIG aux autorités de tutelles, or la réglementation dispose que les EI/EIG/EIGS doivent faire l'objet de déclaration aux autorités de tutelles (Ecart n°15).</p> <p>L'établissement n'a pas mis en place de système de recueil, de traitement et de suivi des réclamations, clair, et faciliter l'utilisation de celui-ci par les résidents et leurs proches (Remarque n° 15).</p> <p>L'établissement n'a pas transmis les modalités d'Accompagnement des professionnels dans l'utilisation de ce système de réclamations (Remarque n° 16).</p>	<p>Elaborer et transmettre une procédure EI/EIG/EIGS prévoyant des temps de retour d'expérience avec les professionnels et la déclaration de tous les dysfonctionnements, EI/EIG/EIGS aux autorités de tutelles.</p> <p>La direction doit s'assurer de l'appropriation de la procédure par les professionnels en mettant en place des formations.</p>	<p>Les EI/EIG/EIGS sont abordés en CODIR, des temps de traitements avec les équipes sont à prévoir une fois par semestre Procédures [REDACTED].</p>	<p>La prescription est requalifiée en recommandation, dans l'attente de la transmission des documents demandés (ordre du jour de réunion de Retex et feuilles d'emargement) relatifs à l'organisation de ces temps de retour d'expérience.</p>	3 mois

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Réponse Inspecté	Décision	Délai de mise en œuvre
	<p>Les annexes de la procédure de gestion des EI n'ont pas été transmises à l'équipe d'inspection (Remarque n° 17).</p> <p>Le personnel et la direction ne se sont pas appropriés la culture du signalement, ce qui a pour conséquence une sous déclaration notamment des EI dont les EIGS chutes et médicamenteux (Remarque n° 18).</p> <p>Textes de référence : L331-8-1, R331-8 et R331-9 CASF</p>				
Presc 6	<p>2.1-Fonctions support-Gestion des RH</p> <p>L'incapacité de l'établissement d'assurer un suivi en temps réel de ses ressources de personnels constitue un risque pouvant compromettre la prise en charge permanente, sécurisée et qualitative des résidents, prévue à l'article L311-3 CASF (Ecart n°21).</p> <p>Le ratio d'encadrement des AS/AES /AMP est plus élevé que la médiane régionale (Remarque n°19).</p> <p>Texte de référence : L311-3 CASF</p>	<p>L'établissement doit élaborer et mettre en œuvre une politique RH permettant le recrutement du personnel nécessaire à la bonne prise en charge des résidents.</p>	<p>Fonctionnement de l'établissement avec un logiciel [REDACTED], dans le cadre de la réorganisation les moyens de l'établissement seront mis en cohérence avec le résultat de la coupe pathos prévue au mois d'octobre et les objectifs du CPOM en cours de signature , par ailleurs un travail de réorganisation est en cours avec la direction des ressources humaines pour redéfinir les horaires et fiches de tâches des salariés.</p>	<p>La prescription est maintenue dans l'attente de la transmission des documents attestant de la nouvelle organisation des moyens en ressources humaines de l'établissement mis en cohérence avec la nouvelle coupe Pathos prévue en octobre 2024.</p>	6 mois

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Réponse Inspecté	Décision	Délai de mise en œuvre	
2.3-Fonction support-Gestion d'informations	<p>Au jour de l'inspection, la mission constate que les prestations concernant la démarche d'amélioration continue et la qualité et la coordination médicale et soin ne sont pas assurées par le siège auprès de l'EHPAD Les Clairières (Ecart n°23).</p> <p>La mission d'inspection n'a pas été en mesure de savoir si des référents (qualité, bientraitance, sport...) étaient désignés au sein de l'EHPAD en l'absence de [REDACTED] (Remarque n° 10).</p> <p>L'établissement n'a pas transmis aux autorités de contrôle les moyens mis en place pour évaluer l'amélioration continue de la qualité et ses modalités d'évaluation (Ecart n°13).</p> <p>Textes de référence : D312-203 et L312-8 CASF</p>	La direction doit élaborer et transmettre un PACQ et désigner un référent qualité au sein de l'établissement.	[REDACTED] a été déployé dans les établissements été 2024, l'association dispose d'un service qualité composé de 3 personnes qui accompagnent les établissements sur les démarches qualités, une réflexion est en cours au niveau de l'association sur les modalités de désignation d'un référent qualité.	La prescription est requalifiée en recommandation dans l'attente de la désignation d'un référent au sein de l'établissement.	6 mois	
Presc 7	2.3-Fonction support-Gestion d'informations	Le jour de la visite sur site la mission constate que l'armoire qui contient les dossiers médicaux sous format papier ne dispose pas de dispositif permettant son verrouillage ce qui contrevient aux dispositions des articles R4312-35 CSP, L311-3- 4°CASF et L1110-4 CSP (Ecart n°25).	La direction doit s'assurer que le stockage des dossiers médicaux est en adéquation avec la préservation du secret médical.	Sécurisation de la salle avec un verrou à code, seul le personnel soignant est autorisé à rentrer dans cette salle pendant les temps de réunions.	La prescription est maintenue dans l'attente de la transmission des factures attestant de la mise en place du nouveau dispositif de stockage sécurisé effectués et des photos permettant le	3 mois

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Réponse Inspecté	Décision	Délai de mise en œuvre
	<p>Textes de référence : R4312-35 CSP, L311-3- 4°CASF et L1110-4 CSP</p>			repérage dans l'espace et le temps.	
Presc 8	<p>2.4-Fonction support-Bâtiments, espaces extérieurs, équipements</p> <p>La mission constate que l'établissement n'a pas procédé au remplacement et/ou à la réparation des certaines prises électriques défaillantes, dans les locaux communs ou dans certaines chambres, et a recours aux multiprises (Ecart n°26).</p> <p>La mission a constaté que les portes d'accès au parking, du local poubelle et du local réserve n'étaient pas verrouillées le jour de la visite d'inspection ; elles ne disposent pas de système de verrouillage. Cette situation engendre un risque sur la sécurité du résident au sens de l'article L311-3 1° CASF (Ecart n°28).</p> <p>La mission constate que le dispositif de verrouillage de l'armoire dédiée au stock tampon n'est pas fonctionnel et que l'armoire est restée ouverte la journée de la visite sur site (la cadre de santé informe la mission que le mécanisme de fermeture de la porte est cassé), ce qui est contraire à l'article R5126-109 du CSP (Ecart n°35).</p> <p>La mission constate que la porte de secours est cassée (Remarque n°47).</p>	<p>La direction doit réaliser les travaux et réparation permettant la sécurisation des locaux et des personnes accueillies.</p>	<p>Réparation des prises suivant le rapport de l'_____ de 11/2023 / Sécurisation avec un verrou à code.</p> <p>Factures relatives à la sécurisation des armoires électriques et aux remplacements des plans de travail des offices</p>	<p>La prescription est maintenue dans l'attente de la transmission des factures relatives à la réparation de la porte de secours et à la mise en place d'un système occultant dans toutes les chambres des résidents.</p>	

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Réponse Inspecté	Décision	Délai de mise en œuvre
	<p>Toutes les armoires électriques ne sont pas verrouillées (Remarque n°48).</p> <p>Le plan de travail des offices est en mauvais état. Certains offices et chambres de résidents sont dépourvus de rideaux (Remarque n°49).</p> <p>L'EHPAD ne dispose pas de système occultant dans toutes les chambres des résidents (Remarque n°50).</p> <p>Texte de référence : L. 311-3 1° CASF</p>				
Presc 9	<p>2.4-Fonction support-Bâtiments, espaces extérieurs, équipements</p> <p>La mission constate le non-respect des bonnes pratiques et des normes sanitaires en vigueur du circuit du linge. Les chariots « linge sale » et « linge propre » ne sont pas identifiés. La mission constate également un encombrement et une hygiène douteuse (Ecart n°27).</p> <p>Texte de référence : D312-159-2 CASF</p>	<p>La direction doit réaliser les travaux permettant la mise aux normes de la lingerie.</p>	<p>Achat chariots de linge sale.</p>	<p>La prescription est maintenue dans l'attente de la transmission de la nouvelle procédure de gestion du linge et des photos attestant du désencombrement et d'un nettoyage de la lingerie.</p>	3 mois
	<p>3.2-Prise en charge-Respect des droits et des personnes</p> <p>L'établissement n'a pas mis en place de dispositif de recueil des directives anticipées des personnes accueillies (Ecart n°30).</p> <p>Textes de référence : L1111-4 alinéa 3 et L1111-11 CSP</p>	<p>La direction doit élaborer une procédure d'admission des nouveaux résidents prévoyant le recueil des directives anticipées.</p>	<p>Procédure [REDACTED].</p>	<p>Levée</p>	

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Réponse Inspecté	Décision	Délai de mise en œuvre
Presc 10	3.8-Prise en charge-Soins	<p>La mission, accompagnée par [REDACTED], constate la présence de produits périmés dans le stock tampon, ce qui est contraire à l'article R4312-38 CSP (Ecart n°36).</p> <p>Texte de référence : R4312-38 CSP</p>	<p>Le responsable de la coordination médicale doit veiller au respect des règles de bonnes pratiques professionnelles en matière de sécurité des soins, notamment par la vérification et l'élimination des produits pharmaceutiques périmés.</p>	<p>Réunion avec la pharmacie en janvier 2024.</p>	<p>La prescription est maintenue dans l'attente de la transmission de documents attestant de l'organisation de formations (convocation et feuilles d'emargement), à l'attention des équipes en charge de la gestion du stock tampon.</p>	6 mois
	2.1-Fonctions support-Gestion des RH	L'établissement a inscrit la présence d'un médecin prescripteur, or il n'a perçu aucun crédit complémentaire pour l'emploi d'un médecin prescripteur (Remarque n°20).	Transmettre le contrat de travail et la fiche de poste du médecin prescripteur et faire une demande de financement de ce poste aux autorités compétentes.	Contrat de travail du médecin prescripteur , une demande de crédit sera faite par le siège [REDACTED].	Levée	
Presc 11	4.2-Relations avec l'extérieur-Coordination avec les autres acteurs	<p>L'établissement n'a pas transmis de convention avec des personnels médicaux et paramédicaux libéraux, ce qui est contraire aux dispositions du CASF (Ecart n°37).</p> <p>L'établissement n'a pas transmis les contrats établis entre l'EHPAD et les médecins traitants intervenants auprès des résidents (Remarque n°56).</p> <p>L'établissement n'a pas transmis la convention signée avec un établissement de santé pour la gestion des urgences (Remarque n°113).</p>	<p>La direction doit établir un partenariat avec un établissement de santé et signer une convention avec lui.</p> <p>La direction doit adhérer à un réseau de soins palliatifs et établir une convention avec une HAD de soins permettant la prise en charge de la douleur et une bonne prise en charge soins et soins palliatifs.</p>	<p>Il existe au sein de l'établissement une convention avec un établissement de santé, une pharmacie et un laboratoire et proposition de signature à faire aux personnels médicaux et paramédicaux Recommandations de la HAS de 2015 "dossier de liaison d'urgence"</p>	<p>L'injonction est requalifiée en prescription qui ne pourra être levée qu'après la transmission des éléments manquants (convention avec un établissement de santé).</p>	3 mois

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Réponse Inspecté	Décision	Délai de mise en œuvre
	<p>Au regard de l'ancienneté des conventions entre l'EHPAD et des établissements de santé, la mission s'interroge sur la non transmission d'avenants à ces conventions depuis leur prise d'effet (Remarque n°114).</p> <p>L'établissement n'a pas transmis de convention avec des personnels médicaux et paramédicaux libéraux (Remarque n°115).</p> <p>La convention HAD conclue avec le GHI Le Raincy-Montfermeil ne prévoit pas de durée (Remarque n°116).</p> <p>Textes de référence : R313-30-1 et L311-3 3° CASF</p> <p>Recommandations de la HAS de 2015 "dossier de liaison d'urgence"</p>				
2.1-Fonctions support-Gestion des RH	<p>L'établissement ne vérifie pas de manière systématique que les dossiers des professionnels sont complets (Remarque n°21).</p> <p>La direction n'a pas mis en place de procédure permettant de répertorier tous les diplômes des professionnels intervenant dans l'établissement (Remarque n°22).</p>	<p>La direction doit s'assurer que les dossiers du personnel sont complets</p>	Vérification suivant P17 – 1.	Levée	

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Réponse Inspecté	Décision	Délai de mise en œuvre
	Le contrôle sur pièces des dossiers du personnel, n'a pas permis de retrouver des attestations de suivi de ces formations (Remarque n°24).				
Presc 12	2.1-Fonctions support-Gestion des RH	L'établissement n'a pas transmis les contrats de prestation (hébergement, restauration....) (Remarque n°23).	Transmettre les contrats de prestation de l'établissement.	La prestation hébergement se fait en interne, quant à la prestation restauration, elle se fait par la société [REDACTED] au sein de l'établissement.	La mission n'a été destinataire d aucun contrat de prestation. La prescription est maintenue.
	2.1-Fonctions support-Gestion des RH	Aucune procédure d'information relative à la VAE, à destination du personnel, n'a été transmise à la mission d'inspection (Remarque n°25).	Elaborer et transmettre une procédure d'information relative à la VAE, à destination du personnel.	Procédure [REDACTED].	Levée
	2.1-Fonctions support-Gestion des RH	Aucun protocole d'accueil des nouveaux professionnels n'a été transmis à l'équipe d'inspection (Remarque n°26).	Elaborer et transmettre une procédure d'accueil des nouveaux professionnels.	Procédure [REDACTED].	Levée
	3.1-Prise en charge-Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	L'établissement n'a pas transmis les documents permettant de vérifier les procédures de transmission (fiches de tâches, procédures....) (Remarque n°59).	Transmettre les fiches de tâches heureées des personnels dédiés au soin des résidents.	Fiches de tâches heureées.	Levée
	3.3-Prise en charge-Vie sociale et relationnelle	L'établissement n'a pas mis en place des commissions d'animation formalisées qui permettent la participation des résidents à la vie sociale de l'établissement (Remarque n°64). Texte de référence : L311-3 3° et D312-159-2 CASF	Mettre en place une commission d'animation.	Commission animation.	Levée

Recommandations

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Réponse Inspecté	Décision
1.2- Gouvernance-Management et Stratégie	<p>Le registre des entrées et sorties doit être paraphé par le maire (Ecart n°24).</p> <p>Il n'a pas été demandé aux membres de la mission d'inspection d'inscrire leurs noms sur le registre des entrées et des sorties (Remarque n°34).</p> <p>Texte de référence : R. 331-5 CASF</p>	<p>La direction doit veiller à transmettre le registre de sécurité au maire de la commune, afin qu'il le paraphe et s'assurer que tous les visiteurs y inscrivent leur nom.</p>	Transmission du registre de sécurité signé par le Maire de la Commune	Levée
Reco 1	<p>1.5-Gouvernance-Gestion des risques, des crises et des événements indésirables</p> <p>La procédure prévoit la déclaration des seuls EIG aux autorités de tutelles, or la réglementation dispose que les EI/EIG/EIGS doivent faire l'objet de déclaration aux autorités de tutelles (Ecart n°15).</p> <p>L'établissement n'a pas mis en place de système de recueil, de traitement et de suivi des réclamations, clair, et faciliter l'utilisation de celui-ci par les résidents et leurs proches (Remarque n° 15).</p>	<p>Elaborer et transmettre une procédure EI/EIG/EIGS prévoyant des temps de retour d'expérience avec les professionnels et la déclaration de tous les dysfonctionnements, EI/EIG/EIGS aux autorités de tutelles.</p> <p>La direction doit s'assurer de l'appropriation de la procédure par les professionnels en mettant en place des formations.</p>	Les EI/EIG/EIGS sont abordés en CODIR, des temps de traitements avec les équipes sont à prévoir une fois par semestre Procédures ARPAVIE.	<p>La prescription est requalifiée en recommandation, dans l'attente de la transmission des documents demandés (ordre du jour de réunion de Retex et feuilles d'emargement) relatifs l'organisation de ces temps de retour d'expérience.</p>

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Réponse Inspecté	Décision
	<p>L'établissement n'a pas transmis les modalités d'Accompagnement des professionnels dans l'utilisation de ce système de réclamations (Remarque n° 16).</p> <p>Les annexes de la procédure de gestion des EI n'ont pas été transmises à l'équipe d'inspection (Remarque n° 17).</p> <p>Le personnel et la direction ne se sont pas appropriés la culture du signalement, ce qui a pour conséquence une sous déclaration notamment des EI dont les EIGS chutes et médicamenteux (Remarque n° 18).</p> <p>Textes de référence : L331-8-1, R331-8 et R331-9 CASF</p>			
Reco 2	<p>2.3-Fonction support-Gestion d'informations</p> <p>Au jour de l'inspection, la mission constate que les prestations concernant la démarche d'amélioration continue et la qualité et la coordination médicale et soin ne sont pas assurées par le siège auprès de l'EHPAD Les Clairières (Ecart n°23).</p> <p>La mission d'inspection n'a pas été en mesure de savoir si des référents (qualité, bientraitance, sport...) étaient désignés au sein de l'EHPAD en l'absence de la directrice de transition (Remarque n° 10).</p>	<p>La direction doit élaborer et transmettre un PACQ et désigner un référent qualité au sein de l'établissement.</p>	<p>[REDACTED] a été déployé dans les établissement été 2024, l'association dispose d'un service qualité composé de 3 personnes qui accompagnement les établissements sur les démarches qualités, une réflexion est en cours au niveau de l'association sur les modalités de désignation d'un référent qualité.</p>	<p>La prescription est requalifiée en recommandation dans l'attente de la désignation d'un référent au sein de l'établissement.</p> <p>6 mo</p>

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Réponse Inspecté	Décision
	<p>L'établissement n'a pas transmis aux autorités de contrôle les moyens mis en place pour évaluer l'amélioration continue de la qualité et ses modalités d'évaluation (Ecart n°13).</p> <p>Textes de référence : D312-203 et L312-8 CASF</p>			
1.2- Gouvernance-Management et Stratégie	L'établissement n'a pas transmis le règlement de fonctionnement signé (Remarque n°1).	Transmettre le règlement de fonctionnement signé.	Transmission du règlement de fonctionnement signé.	Levée
1.2- Gouvernance-Management et Stratégie	L'organigramme de la structure ne fait pas figurer les ETP/emploi et l'afficher (Remarque n°3).	Elaborer un organigramme faisant apparaître les ETP et l'afficher au sein de l'établissement.	Transmission de l'organigramme faisant apparaître les ETP à afficher au sein de l'établissement.	Levée
Reco 3	1.2- Gouvernance-Management et Stratégie	L'établissement n'a pas transmis la fiche de poste de [REDACTED] (Remarque n°4).	Transmettre la fiche de poste du poste de direction.	Transmission du profil de poste [REDACTED]. Absence de la fiche de poste [REDACTED] signée.
	1.2- Gouvernance-Management et Stratégie	La mission n'a pas été destinataire de la procédure d'astreinte de l'établissement (Remarque n°5).	Transmettre la procédure d'astreinte.	Transmission de la procedure d'astreinte.
Reco 4	1.2- Gouvernance-Management et Stratégie	<p>La mission n'a pas été destinataire des documents attestant de l'inscription [REDACTED] à un cursus universitaire (Remarque n°6).</p> <p>La fiche de poste de [REDACTED] n'est pas signée (Remarque n°7).</p>	Transmettre les documents attestant de l'inscription de l'IDE faisant d'IDEC à un cursus universitaire la fiche de poste d'IDEC signée.	Transmission des attestations de formations relatives au poste d'IDEC Absence de la fiche de poste d'IDEC signée.

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Réponse Inspecté	Décision
Reco 5	2.1-Fonctions support-Gestion des RH	<p>L'établissement n'a pas communiqué la procédure relative à la gestion des situations de violence ou de harcèlement sexuel entre résidents, résident et personnels, entre professionnels, entre une personne extérieure à l'établissement et un résident (Remarque n°11).</p> <p>L'établissement n'a pas communiqué la procédure de signalement en cas d'agression (Remarque n°12).</p>	Elaborer et transmettre la procédure de gestion et de signalement des dysfonctionnement et EI/EIG/EIGS comprenant la gestion des situations de violences ou de harcèlement sexuel et des agressions.	Transmission de la procédure de gestion et de signalement des dysfonctionnement et EI/EIG/EIGS toutefois absence de l'annexe 1 permettant d'identifier les types d'EI.	Maintenue
Reco 6	2.1-Fonctions support-Gestion des RH	<p>Les différents éléments transmis par l'établissement ne permettent pas d'affirmer qu'un plan d'action ait été mis en place suite à l'enquête de satisfaction réalisée (Remarque n°13).</p> <p>L'enquête de satisfaction pour l'année 2022 n'a pas été transmise à l'équipe d'inspection (Remarque n°14).</p>	Transmettre l'enquête de satisfaction 2022 et élaborer et transmettre un plan d'action.	Transmission de l'enquête de satisfaction 2021 et non 2022 – absence du plan d'action.	Maintenue
	2.1-Fonctions support-Gestion des RH	Au regard des informations données le jour de la visite et des documents transmis, la mission n'a pas été en mesure de définir la fréquence des réunions d'équipe (Remarque n°27).	Transmettre les comptes rendus des réunions institutionnelles.	Transmission des comptes rendus des réunions institutionnelles.	Levée
Reco 7	2.1-Fonctions support-Gestion des RH	La mission constate que la transmission du planning aux équipes, ne se fait pas dans un délai raisonnable (Remarque n°28).	La direction doit s'assurer que la transmission du planning aux équipes, se fait dans un délai raisonnable	Transmission de 2 plannings individuels toutefois aucune indication sur le délai de transmission à l'agent.	Maintenue

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Réponse Inspecté	Décision
	Ainsi la vérification de l'exactitude du planning au jour de l'inspection n'a pas pu être réalisée (Remarque n°29).			
	2.1-Fonctions support-Gestion des RH	Elaborer et transmettre les fiches de poste pour chaque fonction.	Transmission des profils de poste par fonction.	Levée
Reco 8	2.1-Fonctions support-Gestion des RH	Elaborer et transmettre une procédure de gestion des absences.	Le gestionnaire n'a transmis aucune réponse ni aucune mesure correctrice afin de lever cette recommandation.	Maintenue
Reco 9	2.3-Fonction support-Gestion d'informations	Elaborer et transmettre le RAMA 2022 accompagné de son analyse.	Transmission du RAMA 2023 – absence du RAMA 2022.	Maintenue
Reco 10	2.3-Fonction support-Gestion d'informations	Transmettre les comptes rendus des commissions de coordination gériatrique qui se sont tenues en 2022 et en 2023 et le calendrier des commissions de coordination gériatrique 2024.	Le gestionnaire n'a transmis aucune réponse ni aucune mesure correctrice afin de lever cette recommandation.	Maintenue

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Réponse Inspecté	Décision
Reco 11	2.3-Fonction support-Gestion d'informations	<p>La mission constate lors de la consultation d'un échantillon de dossiers que l'accès à certaines données de santé du résident est parfois difficile (e.g. l'accès à la donnée « statut nutrition du résident » (dénutrition, ...). Elle nécessite de sortir du dossier du résident et d'ouvrir un tableau comprenant l'ensemble des résidents) (Remarque n°35).</p>	<p>La direction doit déployer des outils informatiques et organiser des formations afin que l'accès aux données de santé des professionnels soit confortable et efficace et de réduire les supports de traçabilité des soins.</p>	<p>Le gestionnaire n'a transmis aucune réponse ni aucune mesure correctrice afin de lever cette recommandation.</p>	Maintenue
Reco 12	2.3-Fonction support-Gestion d'informations	<p>La mission s'interroge sur l'intérêt de parfaire la formation au logiciel des professionnels pour qui il est le support principal de recueil et de transmission des données de santé des résidents (maîtrise de certaines fonctionnalités du logiciel) (Remarque n°36).</p> <p>La mission constate lors de l'examen d'un échantillon de dossiers médicaux de résident les problèmes de connexion de la tablette utilisée pour présenter le plan d'administration des médicaments d'un résident (Remarque n°37).</p> <p>[REDACTED] précisent que peu de soignants valident en temps réel les soins dispensés. Elles précisent qu'il en résulte une absence ou une irrégularité de la traçabilité de certains soins effectués.</p> <p>Ces manquements ont été repérés lors de l'examen d'un échantillon de dossiers médicaux de patients réalisé par la mission</p>	<p>La direction doit s'assurer de validation en temps réel des plans de soins des résidents.</p>	<p>Le gestionnaire n'a transmis aucune réponse ni aucune mesure correctrice afin de lever cette recommandation.</p>	Maintenue

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Réponse Inspecté	Décision
	<p>accompagnée par la cadre de santé et l'infirmière référente (Remarque n°74).</p> <p>L'entretien de la mission avec [REDACTED] fait apparaître que l'usage de plusieurs supports (support papier, support numérique) pour le report des mêmes soins conduit à un risque de report partiel de l'ensemble des soins réalisés et/ou l'absence de report des soins dans chacun des supports (Remarque n°75).</p> <p>[REDACTED] indiquent à la mission que de manière générale les soins et l'administration des médicaments ne sont pas validés en temps réel (validation à distance du soin).</p> <p>Lors de leurs entretiens, [REDACTED] rapportent les problèmes de connexion du logiciel de soins et des tablettes connectées, ainsi que les problèmes d'accès à des données antérieurement saisies dans le logiciel de soins (Remarque n°76).</p> <p>La mission note le risque de défaut de traçabilité des soins avec l'usage de plusieurs supports pour le même soin (classeur « pansements », dossier médical format papier, logiciel de soins) (Remarque n°94).</p>			

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Réponse Inspecté	Décision
Reco 13	2.3-Fonction support-Gestion d'informations	L'usage de codes génériques pour certaines catégories de soignants (professionnels vacataires) ne répond pas aux RBPP en matière de qualité et de sécurité relatives aux données de santé collectées dans un support numérique de type logiciel de soins (Remarque n°39).	Les usages des codes génériques, même limité dans le temps, doivent permettre l'identification du soignant qui rédige la transmission.	Le gestionnaire n'a transmis aucune réponse ni aucune mesure correctrice afin de lever cette recommandation.	Maintenue
	2.3-Fonction support-Gestion d'informations	[REDACTED], rapportent à la mission que, malgré les rappels et les formations dispensées relatives à la qualité des transmissions, elles font le constat de la nécessité de mettre en place un plan d'action visant l'amélioration de la qualité et de l'exhaustivité des transmissions soignantes (Remarque n°40).	La mission engage l'établissement à mener une action en vue d'améliorer la traçabilité des soins dans les dossiers médicaux et de soins des résidents.	Transmission des fiches d'émargements liées à la formation traçabilité des AS/ASG/AV/IDE/Stagiaires.	Levée
Reco 14	2.3-Fonction support-Gestion d'informations	Lors de l'examen de dossiers médicaux, la mission constate que le PPI ne figure pas dans les dossiers médicaux examinés (dans certains dossiers ne figurent que la feuille d'émarginement de la participation à la réunion PPI et une synthèse des éléments retenus dans les objectifs) (Remarque n°41). Lors de leur entretien [REDACTED] précisent à la mission que les PPI sont intégrés dans le logiciel de soins. [REDACTED] expliquent qu'elles n'ont pas pu présenter les PPI des résidents dont le dossier médical était examiné en raison de problèmes techniques du logiciel de soins [REDACTED] (Remarque n°71).	Mettre une copie des PPI des résidents dans les dossiers médicaux.	Transmission de 3 PPI mais aucune indication quant à la présence des PPI dans les dossiers médicaux.	Maintenue

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Réponse Inspecté	Décision
Reco 15	2.3-Fonction support-Gestion d'informations	<p>[REDACTED], indiquent à la mission que les rééducateurs (masseur-kinésithérapeutes) ne tracent pas dans le dossier médical le compte rendu des bilans ou des séances réalisées (Remarque n°42).</p> <p>[REDACTED] précisent que les médecins traitants rédigent de manière générale des transmissions manuscrites (rangées dans le « dossier papier »). Elles indiquent que seul le médecin prescripteur rédige ses transmissions dans le logiciel de soins (Remarque n°57).</p> <p>La mission note que la non possibilité d'accès à distance au logiciel de soins par l'ensemble des médecins traitants peut être une limite à leur utilisation de ce logiciel (Remarque n°79).</p>	<p>La mission souligne l'intérêt de mettre en œuvre des actions en vue d'encourager les professionnels libéraux intervenant dans l'établissement, à rédiger leurs transmissions dans le logiciel de soins (rappel lors de la commission de coordination gériatrique (CCG), accompagnement à la prise en main du logiciel de soins, ...).</p>	<p>Le gestionnaire n'a transmis aucune réponse ni aucune mesure correctrice afin de lever cette recommandation.</p>	Maintenue
Reco 16	2.3-Fonction support-Gestion d'informations	<p>Lors de l'étude de l'échantillon de dossiers la mission constate que dans certains dossiers de résidents examinés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les plans de soins journaliers IDE/AS ne sont pas toujours validés ou le sont partiellement certains jours. - le plan journalier d'administration des médicaments n'est pas toujours validé, ou l'est partiellement certains jours (Remarque n°43). 	<p>La mission souligne l'intérêt de veiller à la validation de tous les actes médicaux dans le logiciel de soins et d'actualiser les synthèses médicales de manière régulière.</p>	<p>Le gestionnaire n'a transmis aucune réponse ni aucune mesure correctrice afin de lever cette recommandation.</p>	Maintenue

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Réponse Inspecté	Décision
	<p>Lors de l'étude de l'échantillon de dossiers, la mission constate l'absence d'élaboration de synthèse médicale régulièrement actualisée dans certains dossiers. La mission souligne l'intérêt de l'élaboration dans le dossier médical de tous les résidents d'une synthèse médicale régulièrement actualisée, qui est un document de synthèse de la prise en charge des patients permettant d'assurer la coordination des soins entre les professionnels de santé prenant en charge un même patient (Remarque n°44).</p> <p>Les manquements relatifs à la traçabilité des soins conjugués aux difficultés d'accès aux données dans le logiciel de soins (ergonomie et/ou maîtrise de l'ergonomie du logiciel) contribuent à renforcer les risques en matière de sécurité et de qualité des soins (Remarque n°45).</p>			
Reco 17	<p>2.3-Fonction support-Gestion d'informations</p> <p>La mission constate dans un échantillon de DLU examinés que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - certains DLU ne sont pas mis à jour et/ou comportent des données erronées (en référence au dossier médical), les antécédents médicaux (signalés dans le dossier médical), coordonnées du médecin prescripteur de l'EHPAD en poste (médecin traitant du résident), ... - Pour certaines données il n'y a pas de correspondance entre les données du DLU et 	<p>Mettre à jour les DLU et s'assurer qu'ils ne comportent aucune donnée erronée.</p>	<p>Le gestionnaire n'a transmis aucune réponse ni aucune mesure correctrice afin de lever cette recommandation.</p>	Maintenue

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Réponse Inspecté	Décision
		<p>celle du dossier médical (e.g dans un dossier examiné : antécédent prothèse de hanche DLU : avril 2023, dossier médical : septembre 2022)</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'absence de synthèse médicale actualisée - L'absence dans certains DLU de report du référent de l'entourage (Remarque n°46). 			
Reco 18	2,4-Fonction support-Bâtiments, espaces extérieurs, équipements	<p>Les règles de conservation des médicaments thermosensibles ne sont pas respectées (Remarque n°51).</p> <p>Les relevés de températures du frigo du 3ème étage ne sont pas à jour (Remarque n°52).</p> <p>La mission constate que le relevé des températures n'est pas effectué tous les jours, ce qui est contraire à la procédure interne de l'établissement et aux RBPP (e.g. en octobre : 11/31 relevés non tracés). Ce manquement aux règles de contrôle du dispositif de la chaîne du froid et de la traçabilité pharmaceutique fait courir un risque quant à la sécurité et à l'intégrité des produits conservés dans le réfrigérateur (Remarque n°98).</p> <p>Lors de la visite sur site la mission constate que le réfrigérateur dédié aux médicaments thermosensibles contient des denrées alimentaires (bouteille d'eau entamée qui appartient à un soignant (Remarque n°99).</p>	<p>La direction doit s'assurer que les règles de conservation des produits thermosensibles sont respectées.</p>	<p>Le gestionnaire n'a transmis aucune réponse ni aucune mesure correctrice afin de lever cette recommandation.</p>	Maintenue

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Réponse Inspecté	Décision
Reco 19	2.5-Fonction support-Sécurités	La mission constate à partir des listes de résidents vaccinés contre la grippe saisonnière et contre la covid que le rappel des vaccinations n'a pas été réalisé en 2023 pour plusieurs résidents, sans qu'il soit indiqué les motifs de cette abstention de vaccination (Remarque n°53).	Elaborer et transmettre un tableau de suivi des vaccinations contre la grippe et la Covid, indiquant les motifs de non réalisation des rappels.	Le gestionnaire n'a transmis aucune réponse ni aucune mesure correctrice afin de lever cette recommandation.	Maintenue
Reco 20	2.5-Fonction support-Sécurités	La mission a observé que les barres d'appui étaient entravées par des containers de linge ou des poubelles, le jour de la visite (Remarque n°54).	La direction doit s'assurer que les barres d'appui ne sont pas entravées en organisant la collecte des déchets et du linge sale de manière différente.	Le gestionnaire n'a transmis aucune réponse ni aucune mesure correctrice afin de lever cette recommandation.	Maintenue
Reco 21	3.1-Prise en charge-Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	La mission constate que la totalité des PAI n'est pas réalisée ou finalisée (Remarque n°55).	Elaborer un tableau de suivi des PAI et s'assurer de son suivi.	Le gestionnaire n'a transmis aucune réponse ni aucune mesure correctrice afin de lever cette recommandation.	Maintenue
Reco 22	3.1-Prise en charge-Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Il ressort des entretiens de la mission avec les personnels que la dispersion au sein de l'établissement des locaux dédiés aux soins (infirmerie, salle de transmission, local réserve dispositifs médicaux, bureau de la cadre de santé, bureau du MEDCO) sur 4 niveaux est peu opérationnelle (Remarque n°58). La mission constate que la localisation des locaux dédiés aux soins répartis sur 4 niveaux	L'établissement doit veiller, en tenant compte des contraintes architecturales, à assurer une organisation et une répartition fonctionnelle des locaux dédiés aux soins	Le gestionnaire n'a transmis aucune réponse ni aucune mesure correctrice afin de lever cette recommandation.	Maintenue

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Réponse Inspecté	Décision
	n'est pas fonctionnelle (distance entre les locaux, ...) (Remarque n°96).			
3.2-Prise en charge-Respect des droits et des personnes	La procédure d'intervention de bénévoles n'a pas été formalisée par le biais d'une convention (Remarque n°60).	Elaborer et transmettre une procédure d'intervention des bénévoles	Transmission de la procedure d'accueil et gestion des bénévoles	Levée
Reco 23	<p>3.2-Prise en charge-Respect des droits et des personnes</p> <p>Lors de la consultation d'un échantillon de dossiers médicaux, la mission n'a pas retrouvé dans le dossier d'un résident concerné par une mesure de contention la traçabilité des éléments de l'évaluation et de la réévaluation de la mesure de contention ni les éléments de surveillance (Remarque n°61).</p> <p>L'entretien avec [REDACTED] fait apparaître que bien qu'une information soit donnée aux proches des résidents pour lesquels une contention est prescrite, leur consentement au recours à la contention physique, sous prescription médicale, n'est pas recherché, ce qui est contraire aux RBPP et au protocole de l'établissement [REDACTED] précise que l'information donnée n'est pas tracée (Remarque n°62).</p> <p>La mission constate la démarche de mise en conformité avec les RBPP relatives au recours à la contention physique chez les résidents et au protocole de l'établissement à la suite de la visite sur site (Remarque n°63).</p>	<p>La mission engage l'établissement à finaliser cette démarche afin que toutes les mesures de contention mises en place soient conformes aux RBPP. Dans cette perspective elle engage l'établissement à mettre en place une démarche d'analyse des pratiques relative au recours à la contention.</p>	<p>Transmission du formulaire consentement contention, de la lettre d'information entourage et de l'information contention résident.</p> <p>Absence des modalités de traçabilité des éléments de l'évaluation et de réévaluation de la mesure de contention.</p>	Maintenue

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Réponse Inspecté	Décision
Reco 24	3.3-Prise en charge-Vie sociale et relationnelle	L'établissement n'a pas transmis à l'équipe d'inspection les différentes conventions signées avec les partenaires de l'animation (Remarque n°65).	Transmettre les conventions avec les partenaires de l'animation.	Le gestionnaire n'a transmis aucune réponse ni aucune mesure correctrice afin de lever cette recommandation.	Maintenue
Reco 25	3.3-Prise en charge-Vie sociale et relationnelle	<p>La direction de l'établissement n'a pas élaboré un planning d'activités adaptés aux besoins des résidents afin de permettre la participation des résidents les moins autonomes (Remarque n°66).</p> <p>La direction n'a pas mis en place un outil de suivi de la participation des usagers aux activités (Remarque n°67).</p>	Elaborer et transmettre un planning d'activités adapté aux besoins des tous les résidents, ainsi qu'un outil de suivi de la participation des résidents aux activités.	Le gestionnaire n'a transmis aucune réponse ni aucune mesure correctrice afin de lever cette recommandation.	Maintenue
	3.3-Prise en charge-Vie sociale et relationnelle	Les professionnels d'accompagnement ne sont pas inclus dans l'élaboration du projet d'animation et dans sa mise en œuvre (Remarque n°68).	Elaborer et transmettre un projet d'animation incluant les personnels dédiés à l'accompagnement.	Transmission du projet d'animation.	Levée
	3.4-Prise en charge-Vie quotidienne - Hébergement	La mission n'a pas été destinataire des fiches de tâches heureuses. Ce qui ne lui a pas permis de contrôler la fréquence des toilettes (Remarque n°70).	Transmettre les fiches de tâches heureuses des personnels dédiées au soin et à l'hébergement.	Transmission des fiches de tâches heureuses des personnels dédiées au soin et à l'hébergement.	Levée
	3.8-Prise en charge-Soins	La mission note que pour 59% des résidents l'évaluation MMSE n'est pas disponible (38%) ou non actualisée depuis plus de 15 mois (21%). Or l'évaluation du niveau cognitif de la personne est essentielle à l'élaboration d'un projet de soins et d'accompagnement tenant compte de ses attentes et de ses besoins (Remarque n°72).	Elaborer et transmettre un tableau de suivi des évaluations MMSE.	Transmission des MMSE de janvier à juin 2024.	Levée

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Réponse Inspecté	Décision
Reco 26	3.8-Prise en charge-Soins	Lors de la consultation d'un échantillon de dossiers médicaux et de soins, la mission fait le constat, dans certains dossiers de résidents examinés, de la non-exhaustivité de la validation des plans de soins IDE et AS (cf.2.3.4.3) (Remarque n°73).	Les responsables de la coordination médicale et paramédicale doivent s'assurer de la validation systématique des plans de soins par les IDE et AS.	Le gestionnaire n'a transmis aucune réponse ni aucune mesure correctrice afin de lever cette recommandation.	Maintenue
Reco 27	3.8-Prise en charge-Soins	La mission note dans la procédure PECM que le pharmacien assiste à la commission de coordination gériatrique. Cependant elle note également que le RAMA 2022 indique l'absence du pharmacien aux 3 commissions organisées et que le RAMA 2021 indique qu'aucune CCG n'a été mise en place (Remarque n°77).	Le responsable de la coordination médicale doit s'assurer de la présence effective du pharmacien aux commissions de coordination gériatrique.	Le gestionnaire n'a transmis aucune réponse ni aucune mesure correctrice afin de lever cette recommandation.	Maintenue
Reco 28	3.8-Prise en charge-Soins	<p>La mission constate que l'adaptation de la procédure PECM actualisée en septembre 2023 par le siège [REDACTED] à l'EHPAD Les Clairières n'est pas finalisée (e.g. page 5 : date de réévaluation de la convention avec l'officine avec laquelle l'établissement a signé une convention) (Remarque n°78).</p> <p>Les process de contrôle et de vérification de la gestion des médicaments ne sont pas régulièrement appliqués par les professionnels en charge de les effectuer (absence de traçabilité sur le cahier de contrôle des PDA à partir d'août 2023) (Remarque n°78).</p>	Actualiser et transmettre la procédure PECM et mettre en place des formations et des outils de rappel de la procédure à l'intention des professionnels.	Le gestionnaire n'a transmis aucune réponse ni aucune mesure correctrice afin de lever cette recommandation.	Maintenue

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Réponse Inspecté	Décision
Reco 29	3.8-Prise en charge-Soins	La mise à jour hebdomadaire du classeur « ordonnances » ne permet pas d'assurer la sécurité des prises en charge (Remarque n°80).	La mise à jour des ordonnances dans le classeur « ordonnances » qui est le support des vérifications des conformités doit se faire en temps réel dès la modification du traitement (nouvelle ordonnance).	Le gestionnaire n'a transmis aucune réponse ni aucune mesure correctrice afin de lever cette recommandation.	Maintenue
Reco 30	3.8-Prise en charge-Soins	La mission constate l'absence d'apposition de photographie du résident sur les différents dispositifs de rangement individuels des médicaments et sur les supports de traçabilité dédiés aux médicaments. L'usage de photographie permettrait de renforcer la fiabilité de l'identification du patient et la sécurité de sa prise en charge (Remarque n°81).	Elaborer et transmettre une procédure d'identito-vigilance incluant l'apposition de photographies sur les différents dispositifs de rangement individuels des médicaments et sur les supports de traçabilité dédiés aux médicaments.	Le gestionnaire n'a transmis aucune réponse ni aucune mesure correctrice afin de lever cette recommandation.	Maintenue
Reco 31	3.8-Prise en charge-Soins	Lors de la visite sur site la mission constate l'interruption de tâche de [REDACTED] en charge de la préparation des médicaments à distribuer le soir par les personnels non IDE, ce qui est contraire à la procédure décrite par [REDACTED] et aux RBPP avec le risque d'erreur dans la préparation des traitements (Remarque n°83). La traçabilité de l'administration des médicaments est réalisée le plus souvent à distance de la distribution des médicaments, ce qui est contraire aux RBPP (Remarque n°84).	Le responsable de la coordination médicale et paramédicale doit s'assurer que les recommandations de bonnes pratiques en matière de sécurisation de la préparation du médicament sont respectées en faisant des rappels aux professionnels et/ou en apposant des affiches de rappel.	Le gestionnaire n'a transmis aucune réponse ni aucune mesure correctrice afin de lever cette recommandation.	Maintenue
Reco 32	3.8-Prise en charge-Soins	Le dispositif de verrouillage d'un chariot de distribution de médicaments n'est pas fonctionnel ce qui fait courir un risque pour la	Le responsable de la coordination médicale et paramédicale doit s'assurer que tous les systèmes de sécurité des données médicales et matériel à usage médical sont bien utilisés.	Le gestionnaire n'a transmis aucune réponse ni aucune mesure correctrice afin de lever cette recommandation.	Maintenue

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Réponse Inspecté	Décision
	<p>sécurité et la qualité des soins (Remarque n°85).</p> <p>L'utilisation de la clé de l'infirmérie par les AS chargés de la distribution des médicaments par délégation de l'IDE ne fait pas l'objet de contrôle de l'accès au local « Infirmerie » par les personnels de nuit non IDE (avec notamment traçabilité de l'accès sur un support dédié avec émargement et motif d'accès à l'infirmérie et visa de contrôle par l'IDE dès la prise de service de celle-ci, liste des personnels autorisés par dérogation à accéder au local « Infirmerie ») (Remarque n°86).</p> <p>La mission constate que la clé du coffre où sont détenus les stupéfiants n'est pas sécurisée et que la sécurité de l'accès au coffre des stupéfiants serait plus optimale si la clé du coffre était rangée dans une boîte à clé sécurisée avec un code d'accès connu des seuls professionnels habilités (Remarque n°88).</p> <p>La mission constate que la modalité de rangement de la clé du coffre à stupéfiants n'est pas suffisamment sécurisée avec une absence de contrôle de l'accès à cette clé. Un rangement dans une boîte à clé sécurisée avec</p>			

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Réponse Inspecté	Décision
	<p>un code connu des seules personnes habilitées serait plus optimal (Remarque n°101).</p> <p>La mission, accompagnée [REDACTED], constate que le dispositif de fermeture de l'armoire dédiée au stock tampon n'est pas fonctionnel (Remarque n°102).</p> <p>La mission constate que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les placards contenant les médicaments des résidents ne sont pas fermés à clé - la disposition des casiers dans les placards (6 casiers par placard) n'assure pas une sécurité optimale avec la possibilité de rangement d'un médicament dans un autre casier que celui du résident (cf. photo ci-dessous), d'autant que la mission a fait le constat que certaines boîtes de médicament ne portaient pas l'identification du résident (cf. plus bas) (Remarque n°103). <p>La mission constate que les chariots de distribution de médicaments ne sont pas verrouillés (Remarque n°104).</p> <p>Un sondage réalisé par la mission dans les chariots de distribution de médicament met en évidence un médicament périmé (Remarque n°105).</p>			

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Réponse Inspecté	Décision
	<p>Un sondage réalisé par la mission dans les chariots de distribution de médicament met en évidence un médicament multi-dose sur lequel n'est pas indiqué la date d'ouverture, ni la date de péremption (Remarque n°106).</p> <p>Un sondage réalisé par la mission dans les casiers où sont stockés les médicaments des résidents met en évidence l'absence d'identification de plusieurs résidents sur leurs boîtes de médicaments respectifs (Remarque n°107).</p> <p>La mission constate que le dispositif de rangement des médicaments des résidents ne dispose pas d'un mode de fermeture assurant leur sécurité par un verrouillage (Remarque n°108).</p> <p>La mission constate l'absence d'apposition de photographie du résident sur les différents dispositifs de rangement individuels des médicaments et sur les supports de traçabilité dédiés aux médicaments. L'usage de photographie permettrait de renforcer la fiabilité de l'identification du patient et la sécurité de sa prise en charge (Remarque n°109).</p>			

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Réponse Inspecté	Décision	
	<p>La gestion du chariot d'urgence appelle plusieurs remarques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le chariot n'est pas scellé (la mission constate sur le support de traçabilité des vérifications que lors de la dernière vérification un scellé a été posé). La cadre de santé précise que l'établissement est en attente d'un produit - L'état du chariot ne fait pas l'objet d'une traçabilité sur une étiquette placée sur le chariot (incomplet, ...) - l'accès au chariot n'est pas complètement dégagé (chariot pansement, escabeau, ...) - des objets sont placés sur le plateau supérieur du chariot qui n'ont pas leur place à cet emplacement (pièce monnaie, carton) - les scellés sont placés sur le plateau supérieur du chariot (Remarque n°110). 				
3.8-Prise en charge-Soins	<p>La procédure de délégation par l'IDE de la distribution des médicaments à un personnel non IDE n'est pas conforme aux RBPP notamment par l'absence d'une formation complète dispensée aux AS pour lesquels une délégation est donnée par l'IDE (Remarque n°87).</p>	<p>Elaborer et transmettre une procédure de délégation par l'IDE de distribution de médicaments à un personnel non IDE conforme aux RBPP</p>	<p>Transmission de la formation des ASDEC au sein du groupe [REDACTED]</p>	Levée	
Reco 33	3.8-Prise en charge-Soins	<p>La mission constate que la dernière « Traçabilité Vérification stupéfiants » affichée sur la porte du placard date de mai 2023 (soit plus de 5 mois avant la visite sur site alors que la procédure de l'établissement inscrit une vérification mensuelle) (Remarque n°89).</p>	<p>Le responsable de la coordination médicale doit s'assurer que la vérification de la traçabilité des stupéfiants est mensuelle.</p>	<p>Le gestionnaire n'a transmis aucune réponse ni aucune mesure correctrice afin de lever cette recommandation.</p>	Maintenue

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Réponse Inspecté	Décision
Reco 34	3.8-Prise en charge-Soins	<p>La mission constate lors de la visite sur site que le registre des stupéfiants est posé sur le bureau des IDE dans le local « Infirmerie », ce qui n'assure la sécurité d'accès à ce registre (Remarque n°90).</p> <p>La rédaction du registre des stupéfiants ne satisfait pas aux RBPP (quantité en chiffre) (Remarque n°91).</p>	Elaborer et transmettre une procédure de rédaction et de rangement du registre des stupéfiants conforme au RBPP.	Le gestionnaire n'a transmis aucune réponse ni aucune mesure correctrice afin de lever cette recommandation.	Maintenue
	3.8-Prise en charge-Soins	Concernant la prévention et la prise en charge des chutes au niveau de l'établissement, la mission constate qu'il n'est pas réalisé, au niveau de l'établissement, une analyse régulière des chutes survenues chez l'ensemble des résidents dans le cadre d'une démarche de qualité d'évaluation et de prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées et visant à améliorer le repérage précoce des risques de chutes au sein de l'EHPAD et la mise en place d'un plan d'actions (Remarque n°92).	Elaborer et transmettre une procédure d'analyse des chutes permettant la mise en place d'une démarche de qualité d'évaluation et de prise en charge.	Transmission d'une procédure d'analyse des chutes.	Levée
Reco 35	3.8-Prise en charge-Soins	L'établissement n'a pas transmis le bilan nutritionnel annuel de l'ensemble des résidents et le plan d'actions menées pour améliorer la nutrition des résidents (si ce plan d'actions existe) (Remarque n°93).	Transmettre le bilan nutritionnel de l'ensemble des résidents pour l'année N-1, ainsi que le plan d'action menées pour améliorer la nutrition des résidents, le cas échéant.	Le gestionnaire n'a transmis aucune réponse ni aucune mesure correctrice afin de lever cette recommandation.	Maintenue
Reco 36	3.8-Prise en charge-Soins	La mission constate que 10% des résidents sont concernés par la survenue de troubles trophiques. Elle souligne l'intérêt d'une analyse globale régulière au niveau de l'EHPAD de la	Elaborer et transmettre une procédure de recueil et d'analyse de la survenue des troubles trophiques.	Le gestionnaire n'a transmis aucune réponse ni aucune mesure correctrice afin de lever cette recommandation.	Maintenue

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Réponse Inspecté	Décision
		survenue de troubles trophiques dans une population particulièrement fragile (Remarque n°95).			
Reco 37	3.8-Prise en charge-Soins	<ul style="list-style-type: none"> - Le carton collecteur [REDACTED] ne comporte pas d'étiquette (ou d'annotations sur le carton) d'identification (nom EHPAD, date de mise en service, ...) - L'accès au carton cyclamed est rendu difficile par l'encombrement par divers objets et dispositifs (cf. photo ci-dessous) (Remarque n°97). 	La direction doit élaborer et transmettre une procédure de collecte de DASRI incluant l'identification de l'EHPAD sur le carton prévu à cet effet et la facilitation de son accès.	Le gestionnaire n'a transmis aucune réponse ni aucune mesure correctrice afin de lever cette recommandation.	Maintenue
Reco 38	3.8-Prise en charge-Soins	La mission constate l'encombrement du local « Infirmerie » par divers objets qui n'ont pas leur place dans un local dédié aux soins (vêtements, cartons, chaussures, ...). Elle constate également que le sol de ce local n'est pas propre (cf. photo ci-dessous) (Remarque n°100).	La direction doit garantir la propreté du local « Infirmerie » et à faire appliquer strictement les procédures existantes concernant les modalités de stockage au sein du local « Infirmerie ».	Le gestionnaire n'a transmis aucune réponse ni aucune mesure correctrice afin de lever cette recommandation.	Maintenue
	3.8-Prise en charge-Soins	La mission constate que les modalités d'utilisation du DAE sont masquées par une affiche (Remarque n°111).	La direction doit s'assurer que le DAE et les affichages y afférent sont visibles.	Transmission de la photo témoignant de la bonne visibilité du DAE.	Levée