

**Agence Régionale de Santé Île-de-France**  
**Direction de l'Autonomie**

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

[REDACTED]  
Groupe Colisée  
20, Allée de Boutaut,  
CS50037  
33300 Bordeaux

**Conseil départemental de la Seine-Saint-Denis**  
**Direction de l'Autonomie**

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

Saint-Denis, le [REDACTED]

Lettre recommandée avec AR  
N° 2C 925 9673 3

Monsieur le Président,

Dans le cadre du plan national d'inspection et de contrôle des EHPAD, une inspection conjointe a été menée au sein de l'EHPAD l'Epervier (N°FINESS 930816293) le [REDACTED] par l'Agence régionale de santé Île-de-France (ARS) et le Conseil départemental de la Seine-Saint-Denis.

Dans le cadre de la procédure contradictoire, en application des articles L. 121-1 et L. 122-1 du Code des relations entre le public et l'administration, nous vous avons adressé le [REDACTED] le rapport remis par la mission d'inspection, accompagné des **3 injonctions, 25 prescriptions et 24 recommandations** que nous envisagions de vous notifier (cf. annexe).

Vous nous avez transmis le [REDACTED] des éléments de réponse détaillés, ce dont nous vous remercions.

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

- **Injonction n°2** : la transmission du contrat de travail ainsi que des diplômes de la directrice permet de vérifier la conformité du poste de direction au regard des exigences réglementaires en vigueur ;
- **Injonction n°3** : la remise en état de la douche collective de l'unité du [REDACTED] a été effectuée, et son accessibilité confirmée par la transmission d'un justificatif photographique ;
- **Prescription n°7** : une procédure de recueil des réclamations a été formalisée et accompagnée d'un support accessible aux usagers ;
- **Prescription n°16** : les justificatifs attendus relatifs à la gestion et à l'élimination des DASRI ont été transmis, comprenant la convention en cours avec le [REDACTED] et les échanges contractuels récents, permettant ainsi de considérer cette exigence comme satisfaite ;
- **Prescription n°21** : l'établissement a justifié de la présence effective d'un animateur depuis la fin de l'année [REDACTED]. Un contrat de travail a été transmis, confirmant la pérennité du poste et permettant la levée de cette prescription ;
- **Prescription n°23** : Une note de service datée du [REDACTED], diffusée à l'ensemble du personnel, précise les consignes de sécurisation des locaux sensibles (salles de soins, pharmacie), notamment par la modification des codes d'accès. Cette mesure renforce la maîtrise des accès et garantit la conformité aux exigences de sécurité des locaux de soins ;
- **Prescription n°24** : une convention signée avec l'officine référente a été produite, accompagnée des procédures attendues relatives au circuit du médicament (broyage, identitovigilance, stockage) ;

- **Recommandation n°10** : la liste nominative des médecins traitants, croisée avec celle des résidents suivis, a été transmise dans un format conforme ;
- **Recommandation n°21** : la non-internalisation du linge a été explicitement motivée par des contraintes structurelles, justifiant le retrait de cette mesure.

Cependant, au regard de l'ensemble des éléments de réponse apportés, certaines actions correctrices demeurent insuffisantes ou incomplètes, et appellent à des mesures complémentaires de mise en conformité.

Aussi, nous vous notifions à titre définitif **1 injonction, 20 prescriptions et 22 recommandations** maintenues, en annexe du présent courrier, et portant sur les thématiques suivantes :

## - GOUVERNANCE

### 1. Conformité aux conditions d'autorisation :

- **Injonction n°1** : Le projet d'établissement en vigueur, daté de [REDACTED] n'a pas été actualisé ni validé par l'organisme gestionnaire, et n'intègre pas le projet de soins. Son obsolescence, ainsi que l'absence de démarche de co-construction avec les équipes, justifient le maintien de l'injonction. Il devra être remplacé par un projet actualisé, signé, intégrant le projet de soins, validé par le CVS, et accompagné d'un rétroplanning formalisant la dynamique de co-construction engagée avec les professionnels.

### 2. Management et Stratégie :

- **Recommandation n°1** : Les évaluations ne sont pas systématiquement réactualisées pour l'ensemble des résidents, et les tableaux de suivi du GIR n'ont pas été transmis. La vérification régulière du niveau de dépendance ne peut donc être démontrée. Un tableau de suivi actualisé, daté et signé, intégrant les [REDACTED] résidents identifiés en anomalie, devra être produit ;
- **Recommandation n°3** : L'organigramme transmis n'est pas daté et ne mentionne aucun référent désigné pour les prestataires externes. Un organigramme actualisé, daté, identifiant explicitement les responsables internes et les référents pour les partenaires extérieurs, est attendu ;
- **Recommandation n°8** : Certains documents de fonctionnement (procédures, protocoles, grilles internes) sont obsolètes ou émanent d'anciens gestionnaires. Cette absence de révision nuit à la lisibilité des pratiques actuelles. Un plan de mise à jour des documents internes devra être établi, accompagné d'au moins deux exemples de procédures revues, datées et diffusées ;
- **Recommandation n°12** : Aucun document ne formalise les règles d'engagement de dépenses par la direction, ce qui peut engendrer des incertitudes en matière de pilotage. Une note de service précisant les seuils d'engagement, les modalités de validation hiérarchique et la nature des dépenses concernées (DUD) devra être rédigée et diffusée.

### 3. Animation et fonctionnement des instances

- **Prescription n°1** : Le règlement de fonctionnement transmis n'est pas signé par l'organisme gestionnaire, et n'a pas été validé par le CVS. Un règlement actualisé, signé et validé par le CVS devra être produit, accompagné du procès-verbal de validation et d'une attestation d'affichage ;
- **Prescription n°2** : Le règlement intérieur du CVS a été transmis mais les modalités de quorum ou de désignation des membres ne sont pas renseignées. Une version datée et signée du règlement intérieur, précisant les règles de composition, de fonctionnement et de quorum, devra être fournie avec le procès-verbal d'approbation ;
- **Prescription n°3** : Le registre de réclamations actuellement en place ne respecte pas les dispositions de l'article L. 311-3 du CASF (absence de registre relié, non-accessibilité, absence de traçabilité du traitement). Un registre relié et daté, accessible aux usagers, devra être mis en place, assorti d'un mode d'emploi diffusé aux résidents et aux familles, ainsi que d'une note précisant les délais de traitement et les modalités de réponse ;
- **Recommandation n°2** : Aucun justificatif relatif aux commissions des menus n'a été transmis. La régularité de cette instance reste à démontrer. Un compte rendu de réunion, daté, mentionnant les participants et les décisions prises, accompagné de la feuille de présence correspondante, devra être transmis ;
- **Recommandation n°4** : Aucune planification annuelle des réunions institutionnelles (CODIR, réunions de service, groupes de travail CVS) n'a été produite. Un calendrier consolidé des réunions prévues pour l'année en cours devra être établi, accompagné d'au moins un compte rendu de réunion d'équipe ou de coordination.

### 4. Gestion de la qualité

- **Prescription n° 4** : Aucune politique de bientraitance formalisée n'a été transmise. L'absence de plan d'action et de référent identifié dans l'établissement ne permet pas de démontrer une dynamique qualité structurée. Une politique de bientraitance validée et signée par la direction devra être produite, précisant les actions déployées, les modalités de diffusion et d'appropriation par les équipes, ainsi que le nom du référent désigné ;
- **Recommandation n°7** : Les supports d'information à destination des usagers (livret d'accueil, affichages, formulaires) apparaissent dispersés ou obsolètes. Un exemple de support récemment actualisé, tel qu'un livret d'accueil ou une notice, mentionnant la date de révision, devra être transmis, accompagné d'un plan de centralisation des documents d'information.

## 5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

- **Prescription n°5** : Aucune procédure de signalement des événements indésirables ni registre ou bilan d'analyse n'a été transmis. Une procédure écrite relative à la déclaration et au traitement des événements indésirables (EI/EIG) devra être formalisée, accompagnée d'un tableau de suivi ou d'un exemple de fiche d'incident analysée ;
- **Prescription n°6** : La politique de prévention et de gestion des chutes n'est pas documentée. Les professionnels rencontrés ne mobilisent pas d'outil commun. Une procédure précisant les modalités de prévention et de traitement des chutes devra être transmise, incluant les outils utilisés, les circuits d'alerte et les mesures correctrices mises en place ;
- **Prescription n°8** : Le plan bleu [REDACTED] n'a pas été transmis. Bien que son actualisation ait été évoquée, aucun document justificatif n'a été produit. La version complète du plan bleu, datée, signée par la direction et transmise à l'ARS conformément à la réglementation en vigueur, devra être fournie.

## – FONCTIONS SUPPORT

### 6. Gestion des ressources humaines

- **Prescription n°9** : Les éléments de preuve concernant le recrutement des [REDACTED] doivent être transmis avec le planning [REDACTED] à réception de cette lettre de décision ;
- **Prescription n°10** : Aucune procédure de vérification du bulletin n°3 du casier judiciaire à l'embauche ni attestation de conformité n'a été fournie. Une procédure formalisée de contrôle du B3 devra être transmise, ainsi qu'un tableau récapitulant les vérifications effectuées sur les 12 derniers mois pour les nouveaux recrutements ;
- **Prescription n°11** : Les contrats des professionnels libéraux, notamment des médecins traitants, ne sont pas tous signés ou à jour. Les contrats signés devront être produits ou, à défaut, une justification écrite des difficultés rencontrées, accompagnée de la preuve des démarches engagées ;
- **Recommandation n°5** : Aucun document relatif à la continuité de direction en cas d'absence ou d'empêchement n'a été transmis. Une procédure devra être formalisée, précisant les modalités de délégation, les personnes relais identifiées, les circuits d'information et les outils de traçabilité associés ;
- **Recommandation n°6** : La fiche de poste de [REDACTED] transmise ne comporte pas la signature du gestionnaire et ne couvre pas l'ensemble des missions attendues. Une fiche de poste complète, à jour, signée par le salarié et le gestionnaire, devra être fournie, précisant les missions de coordination, d'évaluation, de supervision et de formation ;
- **Recommandation n°9** : Aucun document ne permet de vérifier la présence systématique des diplômes et autorisations d'exercice dans les dossiers du personnel. Un tableau de vérification des pièces obligatoires par agent devra être transmis, accompagné d'un échantillon représentatif des documents concernés ;
- **Recommandation n°13 à 17** : plusieurs outils de pilotage RH sont manquants ou incomplets :
  - o N°13 : aucun justificatif de formation ou d'accès au logiciel de soins [REDACTED] n'a été fourni pour la direction ;
  - o N°14 : aucun tableau actualisé des ETP par fonction n'a été transmis, notamment pour les postes vacants ou pourvus en intérim ;
  - o N°15 : le tableau nominatif des agents avec la quotité de travail, type de contrat n'a pas été transmis ;
  - o N°16 : la répartition journalière et hebdomadaire des professionnels par zone n'est pas formalisée ;
  - o N°17 : les plannings transmis sont peu lisibles et ne comportent ni légende ni ventilation par unité ou étage. Les outils précités (tableaux, plannings, attestations) devront être transmis dans des versions datées, lisibles et structurées conformément aux attendus de l'inspection.

### 7. Gestion budgétaire et financière

### 8. Gestion d'information

- **Prescription n°12** : L'audit des dossiers usagers n'a pas été finalisé, et plusieurs documents (notamment le projet personnalisé) sont absents ou non actualisés dans les dossiers médicaux. Une synthèse d'audit, datée, devra être produite, précisant les axes de non-conformité identifiés et les mesures correctrices engagées, accompagnée d'exemples de dossiers mis en conformité ;
- **Prescription n°13** : L'accès aux dossiers médicaux n'est pas sécurisé. Aucun justificatif relatif à l'habilitation des professionnels ni procédure d'archivage ou de traçabilité n'a été transmis. Une procédure formalisée d'accès et d'archivage des données de santé devra être fournie, accompagnée d'une attestation des habilitations en vigueur et de captures d'écran illustrant les dispositifs de sécurisation mis en place.

### 9. Bâtiments, espaces extérieurs et équipement

- **Recommandation n°11** : Aucune traçabilité de l'entretien des chariots de ménage ou du linge n'a été fournie. De même, aucune fiche de nettoyage ni registre n'a été transmis. Deux fiches de traçabilité renseignées (concernant l'entretien des chariots et du linge) devront être produites, accompagnées d'un protocole ou d'un registre de suivi.

### 10. Sécurités

- **Prescription n°14** : Aucune procédure relative à l'usage, à la sécurité et au stockage des produits d'entretien n'a été transmise. Une procédure écrite devra être produite, accompagnée des fiches de sécurité des produits utilisés et d'une preuve de diffusion aux agents concernés ;

- **Prescription n°15** : La sécurisation des accès sensibles (locaux réservés au personnel) reste partiellement engagée , un devis seul ne suffit pas. Le protocole de sécurisation finalisé devra être transmis, assorti d'une preuve de réalisation des travaux ou de la commande, ainsi que d'une note d'information diffusée au personnel ;
- **Prescription n°17** : Les dispositifs d'appel malade étaient non fonctionnels dans plusieurs chambres, et aucune attestation de vérification n'a été transmise. Une fiche de contrôle des dispositifs, un bon d'intervention ou une facture de remise en conformité, ainsi qu'une attestation de vérification globale, devront être fournis ;

## - PRISE EN CHARGE

### 11. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie

- **Prescription n°18** : Le rôle du médecin coordonnateur reste peu investi, notamment dans l'analyse et le suivi de la douleur, l'évaluation des risques et l'animation du projet de soins. Un avenant au contrat de coordination pour préciser ses missions, un plan d'actions signé, ainsi que les comptes rendus des réunions d'équipe animées par le médecin coordonnateur devront être transmis.

### 12. Respect des droits des personnes

### 13. Vie sociale et relationnelle

- **Prescription n°22** : Le projet d'animation n'est pas encore formalisé de manière conforme. Malgré l'engagement structuré de l'établissement (formation programmée, implication de l'équipe pluridisciplinaire, documents préparatoires transmis), le document actualisé n'a pas été produit. Un projet d'animation formalisé devra être transmis, intégrant la traçabilité des actions non médicamenteuses, en cohérence avec le projet d'établissement.

### 14. Vie quotidienne – Hébergement

- **Recommandation n°18** : Aucune mesure garantissant aux usagers un accès aux résultats de l'enquête de satisfaction sans outil numérique n'a été communiquée. Une procédure ou tout autre support devra être fourni afin d'assurer une accessibilité équitable à ces résultats, quel que soit le niveau de maîtrise du numérique.
- **Recommandation n°19** : Nous avons pris note de l'élaboration d'un protocole de dépistage de la déglutition et d'une carte de substitution. Toutefois, la procédure complète de prévention de la dénutrition et le tableau actualisé des courbes de poids sur 6 mois restent attendus.
- **Recommandation n°20** : Il a été indiqué que des évaluations pratiques et un accompagnement des soins seraient apportés auprès des professionnels. Néanmoins, la formalisation du protocole relatif à la réalisation des toilettes, incluant la formation régulière du personnel, demeure attendue à ce jour.

### 15. Habillement, toilettes, changement du linge

### 16. Soins

- **Prescription n°19** : Transmettre l'ensemble des contrats signés par les praticiens libéraux intervenants dans l'établissement ;
- **Prescription n°20** : Bien que l'établissement affirme intégrer les éléments de suivi médical dans les dossiers, l'absence de contribution régulière des médecins traitants empêche une actualisation complète des comptes rendus. Un dispositif formalisé et opérationnel devra être mis en place afin d'assurer la mise à jour systématique des examens, comptes rendus et prescriptions, en lien avec les médecins traitants ;
- **Recommandation n°22** : L'établissement mentionne une réflexion pour l'acquisition d'un ECG et d'un dispositif d'oxygène. En cas d'une décision favorable l'établissement, il faudra devra transmettre les justificatifs d'achat et d'installation;
- **Recommandation n°23** : L'élaboration d'un protocole douleur/soins palliatifs est annoncée, mais aucun document de travail ni convention actualisée n'a été fourni. Un protocole opérationnel devra être transmis, accompagné des supports de formation réalisés ainsi que d'un exemplaire de la convention partenariale actualisée.

## - RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR

### 17. Environnements

### 18. Coordination avec les autres secteurs.

- **Prescription n°25** : Seule [redacted] a été transmise. La convention actualisée, signée avec [redacted] devra être produite, accompagnée d'une note récapitulative précisant les engagements réciproques ;
- **Recommandation n°24** : Des démarches visant à actualiser les partenariats avec plusieurs structures sanitaires ont été évoquées, sans transmission de conventions signées ni de courriers formels. Les conventions de partenariat actualisées devront être transmises ou, à défaut, les lettres de sollicitation ou d'engagement en cours avec les partenaires concernés.

Nous appelons votre attention sur la nécessité de transmettre à l'Agence régionale de Santé Ile-de-France et au Conseil départemental de la Seine-Saint-Denis, à [REDACTED] et [REDACTED] les éléments de preuve documentaire permettant le suivi des mesures correctives et la levée des injonctions.

Les pièces justificatives devront être jointes à votre réponse et déposées sur la plateforme sécurisée de l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France (Blue Files), via le lien suivant : <https://bluefiles.com/ars/inspection-da>. Elles devront également être transmises au Conseil départemental à l'adresse suivante [offre-medico-sociale@seinesaintdenis.fr](mailto:offre-medico-sociale@seinesaintdenis.fr)

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

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

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

Le Directeur général  
de l'Agence régionale de santé  
Ile-de-France et, par délégation,  
la Directrice de l'Autonomie  
[REDACTED]

Le Président du Conseil départemental  
de la Seine-Saint-Denis  
par délégation  
Le Directeur général adjoint  
[REDACTED]

Copie :

EHPAD L'Epervier  
39 rue du Commandant Rolland  
93350 LE BOURGET

**Annexe : Décisions faisant suite aux éléments de réponse apportés le [REDACTED] concernant l'EHPAD L'EPERVIER (n°FINESS 930816293), 93350 LE BOURGET**

**Injonctions :**

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
Inj 1 1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	Établir un nouveau projet d'établissement, en intégrant le projet de soins et en associant les professionnels, notamment le médecin coordonnateur.	Prend bonne note de l'information et s'engage à transmettre prochainement un rétroplanning de co-construction en équipe pour l'élaboration du projet d'établissement.	<b>Injonction maintenue</b> <b>Motif du maintien :</b> le document actuellement en vigueur date de [REDACTED] et est au nom de l'ancien gestionnaire [REDACTED]. Aucun projet actualisé, validé par le CVS et signé par l'organisme gestionnaire, n'a été transmis à ce jour. <b>Éléments attendus pour la levée de l'injonction :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Transmission d'un projet d'établissement actualisé, signé par le représentant légal de l'organisme gestionnaire ;</li> <li>- Intégration du projet de soins dans le projet d'établissement ;</li> <li>- Approbation par le conseil de la vie sociale (CVS), avec procès-verbal à l'appui ;</li> <li>- Production d'un rétroplanning d'élaboration signé, daté et détaillant les étapes de co-construction avec l'équipe pluridisciplinaire.</li> </ul>	L311-8 CASF	9 mois À compter de la réception de la LD
Inj 2 1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	Transmettre les documents demandés par la mission d'inspection concernant le contrat de travail et les qualifications de la directrice.	Le contrat de travail ainsi que les diplômes de la directrice ont été transmis en pièce jointe (PJ I.2), dans les délais impartis.	<b>Injonction retirée</b> <b>Motif du retrait :</b> les pièces demandées ont été produites et permettent de vérifier la conformité du recrutement. Aucun autre élément n'est attendu.	D312-176-6 et D312-176-7 CASF	
Inj 3 3.4-Prise en charge-Vie quotidienne - Hébergement	Organiser les soins d'hygiène de manière adaptée. La douche commune [REDACTED] doit être libérée de tout usage détourné afin de retrouver sa fonction initiale.	La douche commune a été remise en service pour les résidents. Une photographie attestant du réaménagement a été transmise en pièce jointe (PJ I.3).	<b>Injonction retirée</b> <b>Motif du retrait :</b> la remise en service de la douche a été constatée et justifiée par un document probant. Aucun autre élément n'est attendu à ce jour.	L311-3, 1 <sup>o</sup> CASF	

## Prescriptions :

Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre	
Presc 1	1.3- Gouvernance- Animation et fonctionnement des instances	Compléter le règlement de fonctionnement conformément aux dispositions du CASF, le soumettre au CVS et au CSE pour validation, le signer, le dater, le numérotier, l'afficher dans l'établissement et transmettre la preuve de l'affichage.	Le règlement de fonctionnement a été actualisé et sera présenté lors de la réunion du CVS ainsi qu'aux représentants du personnel début [REDACTED]	<p><b>Prescription maintenue</b></p> <p><b>Motif du maintien :</b> Le règlement de fonctionnement actualisé n'a pas encore été présenté en réunion du CVS, et aucune preuve d'affichage n'a été transmise à ce jour.</p> <p><b>Éléments attendus pour la levée :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Compte rendu de validation du règlement de fonctionnement par le CVS ;</li> <li>- Version finale du règlement signé, daté, numéroté ;</li> <li>- Preuve d'affichage visible au sein de l'établissement (photo datée ou attestation) ;</li> <li>- Transmission d'une copie complète du document.</li> </ul>	R.311-33, R.311-34, R.311-35, R.311-36 CASF	3 mois  À compter de la réception de la LD
Presc 2	1.3- Gouvernance- Animation et fonctionnement des instances	Mise à jour du règlement intérieur du CVS, respect des règles de quorum, diffusion de l'ordre du jour 15 jours avant, restitution fidèle des comptes rendus, affichage des informations CVS dans une zone dédiée, réunion avec les nouveaux représentants du CVS.	Le règlement intérieur du CVS sera modifié et présenté lors de la réunion prévue début [REDACTED] Les réunions ne seront maintenues que si le quorum requis est atteint. L'ordre du jour sera diffusé 15 jours avant. Les comptes rendus seront reformulés pour refléter fidèlement les échanges. Une zone d'affichage claire et dédiée sera définie avec les nouveaux représentants du CVS et des familles.	<p><b>Prescription maintenue</b></p> <p><b>Motifs du maintien :</b> à ce jour, les mesures annoncées ne sont pas encore mises en œuvre, et aucune preuve concrète (règlement modifié, PV de réunion, photo de l'affichage) n'a été transmise.</p> <p><b>Éléments attendus :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Règlement intérieur modifié du CVS signé et diffusé</li> <li>- Preuves du respect du quorum (feuilles de présence)</li> <li>- Ordre du jour daté diffusé au moins 15 jours avant réunion</li> <li>- Extrait du nouveau format de compte rendu</li> <li>- Photo de la zone d'affichage CVS clairement identifiée.</li> </ul>	D311-9, D311-10, D311-15 et D311-19 CASF	3 mois  À compter de la réception de la LD

Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre	
Presc 3	1.3- Gouvernance- Animation et fonctionnement des instances	Tenir un registre des réclamations et plaintes conforme à la réglementation en vigueur, en garantir la traçabilité et permettre un accès lisible, centralisé, et sécurisé. Le registre doit permettre le suivi des réponses et délais de traitement.	Un tableau de recensement des réclamations et plaintes va être mis en place sous format Excel partagé. Des formulaires sont désormais accessibles en libre-service à l'accueil de l'établissement, pour permettre aux résidents et familles d'exprimer une doléance.	<p><b>Prescription maintenue</b></p> <p><b>Motifs du maintien :</b> La réponse reste déclarative. Le formulaire de réclamation a bien été transmis (PJ P3), mais plusieurs éléments essentiels manquent à ce stade :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aucun registre papier (relié, paginé) présenté ;</li> <li>- Absence de preuve de mise à disposition de fiches de réclamation en libre-service ;</li> <li>- Procédure non formalisée : destinataire, accusé de réception et délais de réponse non précisés ;</li> <li>- Procédure imprécise : Risque d'orientation erronée vers le CVS, non compétent pour instruire une plainte.</li> </ul> <p><b>Éléments attendus pour la levée de la prescription :</b></p> <p>Registre papier centralisé</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Registre papier centralisé relié et folioté (sans feuilles mobiles), tenu par l'accueil</li> <li>- Extrait anonymisé (copie/scan) à transmettre.</li> </ul> <p>Deux modalités de recueil accessibles et annoncées</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fiches de réclamation papier en libre-service à l'accueil (et unités de vie si possible) ;</li> <li>- Dépôt possible à l'accueil ou directement à la direction (boîte dédiée ou remise en main propre) ;</li> <li>- Photographie datée des présentoirs/points d'accès et de la boîte de dépôt à fournir.</li> </ul>	L.312-8 CASF L.312 -8 CASF	1 mois  À compter de la réception de la LD

	Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
Presc 4	1.4- Gouvernance- Gestion de la qualité	<p>Définir, dans le livret d'accueil, la politique de bientraitance de l'établissement.</p> <p>Mettre en place des mesures permettant de prévenir la maltraitance, notamment par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*La réalisation d'autoévaluations régulières ;</li> <li>*La désignation d'un référent bientraitance ;</li> <li>*La création d'un groupe d'analyse des pratiques professionnelles (APP)</li> </ul>	L'intégration d'un volet sur la bientraitance au sein de la résidence sera ajoutée dans le livret d'accueil. Celui-ci mentionnera les coordonnées de [REDACTED] référente bientraitance, ainsi que la présence d'une psychologue externe. Un devis et une facture concernant des interventions externes pour les groupes d'APP ont été transmis (PJ P4).	<p><b>Prescription maintenue</b></p> <p><b>Motifs du maintien :</b> Si des engagements ont été formulés, les éléments transmis ne couvrent pas l'ensemble des attendus. Le livret d'accueil modifié n'a pas été produit ; la fiche de fonction ou la formalisation du rôle de la référente bientraitance est absente ; aucun compte rendu ou programmation régulière des groupes d'analyse des pratiques (APP) n'a été transmis ; aucune preuve d'autoévaluation périodique n'a été jointe.</p> <p><b>Éléments attendus pour la levée :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Livret d'accueil intégrant explicitement une politique de bientraitance claire et datée ;</li> <li>- Identification formalisée de la référente bientraitance (fiche, courrier de nomination, contact) ;</li> <li>- Planning ou compte rendu d'au moins une séance d'APP avec intervenant identifié ou en interne ;</li> <li>- Description du dispositif d'autoévaluation régulier (méthode, fréquence, périmètre).</li> </ul>		6 mois À compter de la réception de la LD
Presc 5	1.5- Gouvernance- Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<p>Structurer un dispositif de gestion des réclamations et des événements indésirables (EI/EIG) conforme à la réglementation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Formaliser un registre des plaintes, une procédure de suivi et de réponse aux usagers ;</li> <li>*Mettre en place une procédure de déclaration et d'analyse des EI et EIG ;</li> </ul>	L'établissement annonce un travail d'équipe en cours pour structurer ces éléments. Il s'engage à transmettre les pièces finalisées dans les meilleurs délais.	<p><b>Prescription maintenue</b></p> <p><b>Motifs :</b> La réponse demeure déclarative : aucun document structurant (registre conforme, procédures EI/EIG, plan de formation, bilan annuel CVS) n'a été transmis à ce jour. L'intention seule ne suffit pas.</p> <p><b>Éléments attendus :</b></p> <p>Réclamations – dispositif opérationnel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Registre des réclamations conforme avec traçabilité ;</li> </ul>	L.331-8-1, L.311-3-1 CASF R1413-67 à R1413-73 CSP	4 mois À compter de la réception de la LD

Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Former les équipes et garantir une remontée claire, complète et partagée ;</li> <li>*Élaborer une procédure spécifique pour les EI liés à la PECD.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédure écrite et affichée : destinataire compétent (direction/référent), délais de réponses cibles) et circuit d'escalade ;</li> <li>- Procédures formalisées : déclaration, qualification (EI/EIG/EIGS), critères de gravité, analyse (méthode et acteurs), retour d'expérience et plan d'actions (incluant l'articulation avec la PECD).</li> <li>- Traçabilité des déclarations, analyses et mesures mises en œuvre.</li> </ul> <p>Formation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan de formation et/ou traçabilité d'actions menées (émargements, supports, calendrier) pour l'ensemble des équipes concernées.</li> </ul> <p>Bilan annuel présenté au CVS (obligatoire) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Production d'un bilan consolidé « Réclamations + EI/EIG » avec analyse quantitative et qualitative : volumes, typologies, gravité, délais de traitement, taux de clôture, causes, mesures correctives/préventives et effets constatés.</li> <li>- Présentation au CVS : inscription à l'ordre du jour, diffusion du document aux membres, mention au procès-verbal de la discussion et des avis/recommandations. Copie du bilan et extrait du PV à transmettre.</li> </ul>			
Presc 6	1.5- Gouvernance- Gestion des risques, des crises et des	Actualiser la procédure de déclaration et d'analyse des chutes. Les chutes des résidents doivent faire l'objet d'une analyse pluridisciplinaire régulière, afin de mieux identifier et	La procédure d'analyse des chutes est en cours de mise à jour. Les événements sont désormais renseignés dans Netsoins. Une réunion mensuelle pluridisciplinaire est	<b>Prescription maintenue</b> <b>Motifs :</b> Aucune procédure actualisée n'a été transmise. Les réunions annoncées ne sont pas documentées (pas de calendrier, compte rendu, ni émargement). Aucune action de prévention n'est explicitement décrite.	L.311-3 CSP RBPP HAS	5 mois À compter de la réception de la LD

	Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
	événements indésirables	mettre en œuvre des actions de prévention adaptées.	prévue, avec une sensibilisation des équipes dans les prochaines semaines.	<b>Éléments attendus :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédure formalisée de gestion des chutes ;</li> <li>- Preuve d'une réunion pluridisciplinaire tenue (CR, liste de présence) ;</li> <li>- Exemple d'action préventive mise en œuvre,</li> </ul>		
Presc 7	1.3- Gouvernance-Animation et fonctionnement des instances	Garantir l'affichage visible et permanent des informations obligatoires : *Livret d'accueil en version papier accessible à l'entrée ; *Numéro 3977 affiché dans les lieux stratégiques ; *Dotation globale soins affichée à l'accueil.	Le livret d'accueil est disponible en format papier dans un parapluie à l'accueil. Il peut être remis sur demande. Le numéro 3977 est affiché à plusieurs endroits stratégiques (ascenseurs, restaurant, etc.). La dotation globale soins est affichée à l'accueil. Des photos justificatives ont été transmises (PJ P7).	<b>Prescription levée</b> <b>Motif :</b> Tous les éléments attendus ont été mis en œuvre : les supports sont en accès libre, visibles, et les preuves photographiques jointes sont datées et exploitables. Aucun autre élément n'est requis à ce stade.	L.311-3	
Presc 8	1.5- Gouvernance-Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Actualiser, compléter et diffuser le plan bleu au sein de l'établissement. L'annexer au projet d'établissement afin de garantir son intégration dans la démarche globale de gestion des crises et des risques.	Le plan bleu [REDACTED] est en cours de mise à jour, élaboré en équipe. Il sera annexé au projet d'établissement lors de sa validation. L'établissement a indiqué que les documents seraient transmis d'ici fin [REDACTED]	<b>Prescription maintenue</b> <b>Motifs :</b> Aucune version actualisée du plan bleu n'a été transmise à ce jour. L'annexion au projet d'établissement reste à démontrer. <b>Éléments attendus :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Version complète du plan bleu [REDACTED] datée et signée ;</li> <li>- Preuve d'annexion au projet d'établissement (référence dans le sommaire ou en annexe)</li> <li>- Modalités de diffusion aux professionnels (note interne, séance, signature d'emargement).</li> </ul>	D.312-160 CASF	1 mois À compter de la réception de la LD
Presc 9	2.1-Fonctions support-Gestion des RH	Assurer quotidiennement la présence d'un effectif soignant qualifié à chaque étage, incluant la présence permanente [REDACTED] en nombre suffisant.	La structure a transmis : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Des annonces de recrutement pour plusieurs postes [REDACTED] (CDD, CDI, coordinateur) ;</li> </ul>	<b>Prescription maintenue</b> <b>Motifs :</b> L'établissement démontre une amélioration nette de la couverture [REDACTED] mais ne fournit pas encore les justificatifs formels des recrutements en CDI	L.311-3° CASF L.4311-2 CSP	Immédiat À compter de la réception de la LD

Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Des factures d'intérim pour des IDE missionnées récemment ;</li> <li>- Le planning du [REDACTED] attestant d'une présence effective jour et nuit ;</li> <li>- [REDACTED]</li> </ul>	<p>(contrat, attestation RH). Le renfort [REDACTED] reste à concrétiser.</p> <p><b>Eléments attendus :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contrat ou attestation RH pour [REDACTED]</li> <li>- Justificatif d'engagement ou de recrutement [REDACTED]</li> <li>- Planning [REDACTED] assurant la continuité par étage.</li> </ul>		
Presc 10	2.1-Fonctions support-Gestion des RH	Assurer la traçabilité de la vérification de l'authenticité des bulletins de casier judiciaire B3 par un registre ou une procédure formalisée.	<p>Un audit RH est annoncé dans les mois à venir. Un classeur de recensement des documents est déjà en place dans l'établissement.</p>	<p><b>Prescription maintenue</b></p> <p><b>Motifs :</b> Aucun document structurant n'a été transmis à ce jour. L'existence d'un classeur n'est pas suffisante sans preuve d'une procédure formalisée ou d'un registre à jour. L'audit annoncé n'a pas encore produit de livrables concrets.</p> <p><b>Eléments attendus :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédure interne de vérification des B3 à l'embauche ;</li> <li>- Registre ou tableau de suivi des vérifications réalisées ;</li> <li>- Justificatif de contrôle effectué sur un échantillon.</li> </ul>	Décret 2019-381 Article L.133-6 CASF  3 mois À compter de la réception de la LD
Presc 11	2.1-Fonctions support-Gestion des RH	Vérifier systématiquement l'inscription initiale et le renouvellement annuel à l'Ordre des professionnels libéraux intervenant dans l'EHPAD, et conserver la preuve dans le dossier administratif de chaque professionnel.	L'établissement a transmis une copie du courrier daté [REDACTED] adressé à tous les professionnels libéraux intervenant dans l'EHPAD. Des réponses sont en cours de réception.	<p><b>Prescription maintenue</b></p> <p><b>Motifs :</b> Le courrier transmis démontre que l'établissement a engagé une démarche de conformité. Toutefois, aucun tableau de suivi ni preuves concrètes de réception des justificatifs pour l'ensemble des professionnels ne sont produits à ce jour.</p> <p><b>Eléments attendus :</b></p>	D.4321-14 CSP L.312-II, 4° CASF  Immédiat À compter de la réception de la LD

	Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Registre de suivi des professionnels libéraux (nom, fonction, date de vérification) ;</li> <li>- Attestations à jour pour tous les intervenants ;</li> <li>- Procédure annuelle de mise à jour ou échéancier</li> </ul>		
Presc 12	2.3-Fonction support-Gestion d'informations	<p>L'établissement doit s'assurer de la complétude des dossiers de chacun des résidents, y intégrer notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Le projet de vie individualisé ;</li> <li>*Le contrat de séjour signé ;</li> <li>*Le nom du médecin traitant.</li> <li>*La désignation des personnes de confiance</li> <li>*Les documents relatifs aux directives anticipées</li> </ul>	<p>Un dossier type est en cours de mise en place afin de servir de base pour la réalisation d'un audit global des dossiers des résidents. Aucun retour d'audit n'a encore été formalisé.</p>	<p><b>Prescription maintenue</b></p> <p><b>Motifs :</b> Aucune preuve de conformité partielle ou globale n'a été transmise à ce stade. L'audit est annoncé mais n'a pas donné lieu à des livrables démontrant un état des lieux ni à une planification corrective claire.</p> <p><b>Eléments attendus :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Modèle du dossier type intégrant les 5 éléments obligatoires ;</li> <li>- Relevé d'audit (ex. % de dossiers complets / incomplets) ;</li> <li>- Plan d'action en cas de manquements (résidents concernés, échéances de régularisation).</li> </ul>	L.311-3 & L.311-5-1 CASF	6 mois À compter de la réception de la LD
Presc 13	2.3-Fonction support-Gestion d'informations	<p>Assurer la sécurisation physique des dossiers médicaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Garantir le stockage dans des armoires fermées à clé ou sécurisées ;</li> <li>*Empêcher tout accès libre aux données de santé nominatives des résidents.</li> </ul>	<p>L'établissement a transmis une facture datée de [REDACTED] relative à l'achat d'une armoire à portes coulissantes, potentiellement dédiée au rangement sécurisé des dossiers.</p>	<p><b>Prescription maintenue</b></p> <p><b>Motifs :</b> L'achat de mobilier sécurisé est avéré, mais aucun élément ne permet de confirmer la mise en service effective, ni l'usage conforme à la confidentialité des données médicales (pas de photographie, plan de localisation, ni procédure d'accès restreint).</p> <p><b>Eléments attendus :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Photo datée de l'armoire installée dans le local dédié ;</li> <li>- Localisation précise dans la résidence ;</li> </ul>	R.4127-73 CSP L.311-3-1 CASF	Immédiat À compter de la réception de la LD

	Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
Presc 14	2.5-Fonction support-Sécurités	Formaliser une procédure claire relative à l'usage, au stockage, au suivi et à la sécurité des produits d'entretien, tant pour les produits professionnels que pour les produits apportés par les familles. Cette procédure devra intégrer les consignes liées à la sécurité incendie et au risque chimique, et être connue de l'ensemble des professionnels.	L'établissement indique réaliser régulièrement un contrôle des câbles, plinthes et matériels, avec réparations réalisées par l'agent de maintenance.  Un contrôle annuel des extincteurs a été effectué, et certains ont été remplacés (justificatif transmis).  Concernant les produits ménagers, l'établissement précise ne pas interdire l'usage de certains produits achetés par les familles à la demande des résidents. Les [REDACTED] utilisent toutefois des produits professionnels pour l'entretien (photos des chariots et des produits transmis).  Un tri régulier des matériels inutilisés est mené (ex. fauteuils), permettant une meilleure organisation des espaces.  Une demande d'intervention du prestataire en ascenseurs est également mentionnée.	<b>Prescription maintenue</b>  <b>Motif du maintien :</b> Les documents transmis attestent d'un effort en matière de sécurité et d'entretien général, ainsi que d'une sensibilisation au bon usage des produits. Néanmoins, aucune procédure formalisée n'a été transmise concernant : <ul style="list-style-type: none"><li>- L'usage différencié des produits apportés par les familles.</li><li>- Les conditions de stockage sécurisé.</li><li>- La gestion des risques (toxicité, incendie, interactions).</li><li>- La traçabilité des contrôles ou désinfections</li><li>- La conduite à tenir en cas d'incident (ex. projection, ingestion).</li></ul> <b>Eléments attendus :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Une procédure écrite, validée par la direction, précisant les règles d'usage, d'achat et de stockage des produits ménagers.</li><li>- L'affichage des consignes de sécurité et zones de stockage.</li><li>- Une sensibilisation ou note interne à l'attention des familles et des professionnels.</li></ul>	Code du travail – articles R.4412-1 à R.4412-97 (risques chimiques), R.4227-37 à 41 (stockage de produits dangereux), Code de la santé publique – R.1335-1 à 6 (gestion des déchets)	3 mois À compter de la réception de la LD
Presc 15	2.5-Fonction support-Sécurités	L'établissement doit prendre les mesures adéquates suivantes :  *Sécuriser les accès aux locaux techniques, vestiaires et cuisine desservis par les ascenseurs ou portes non sécurisées.	L'établissement a sollicité un devis pour la mise en place de digicodes aux accès stratégiques (ascenseurs, portes arrière), dans le but de restreindre certains accès aux résidents et familles.  [REDACTED]  L'établissement invoque une volonté de respecter la liberté d'aller et	<b>Prescription maintenue</b>  <b>Motif du maintien :</b> Le devis seul ne constitue pas une mesure effective. Un passage à l'acte dans la sécurisation concrète des zones à risque est attendu.  <b>Eléments attendus :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Justificatifs de mise en œuvre de dispositifs de sécurisation (pose effective des digicodes ou autres systèmes de contrôle d'accès).</li></ul>	Article L.311-3-1 CASF ; 2.4.1 / 2.5.4	2 mois À compter de la réception de la LD

	Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
		[REDACTED]  *Formaliser un protocole de fugue décrivant les procédures à suivre par l'ensemble du personnel en cas de fugue ou tentative.	venir des résidents et précise ne pas accueillir de personnes identifiées comme à haut risque de fugue (pas d'UVA ni d'unité de vie protégée).  Une procédure a été transmise concernant la gestion d'une sortie à l'insu d'un résident (cf. PJ P15).			
Presc 16	2.5-Fonction support-Sécurités	La direction doit être en mesure de transmettre les justificatifs relatifs à l'élimination des DASRI produits au sein de l'EHPAD.	Convention DASRI Echanges de mails [REDACTED]	<b>Prescription levée</b>  <b>Motif de la levée :</b> La structure a transmis la convention DASRI ainsi que les échanges avec le prestataire [REDACTED] précisant que le contrat est en cours de renouvellement et qu'il a été difficile d'obtenir une version plus récente. Les courriels échangés avec la société confirment qu'il s'agit du dernier document contractuel en leur possession.	R.1335-2 et R.1335-3 du CSP	
Presc 17	2.5-Fonction support-Sécurités	Afin de garantir la sécurité et l'autonomie des résidents, même en l'absence de bracelet d'alerte, il est impératif de renforcer l'accessibilité des dispositifs d'appel malade en installant des tirettes d'alarme à des emplacements stratégiques, facilement accessibles depuis les lifts et les sanitaires.	La direction indique qu'une réflexion est en cours afin d'identifier une solution renforçant la sécurité des résidents. Cette démarche intègre une analyse des dispositifs actuels et des ajustements nécessaires pour assurer leur accessibilité. Un retour est prévu à l'issue de cette démarche.	<b>Prescription maintenue</b>  <b>Motif du maintien :</b> Une réflexion a bien été engagée, mais aucun document formalisant l'analyse des besoins, le calendrier de mise en œuvre ou des devis n'a été transmis. L'établissement doit finaliser cette démarche et transmettre les justificatifs relatifs aux actions retenues, notamment la mise en conformité des tirettes d'appel malade.	L.311-3 1 <sup>e</sup> du CASF	6 mois À compter de la réception de la LD
Presc 18	3.1-Prise en charge-Organisation de la prise en charge de	Le médecin coordonnateur doit s'approprier et réaliser l'ensemble de ses missions, notamment :  *Élaborer et transmettre les RAMA [REDACTED]	L'établissement indique que les dossiers médicaux ont été régulièrement mis à jour depuis l'arrivée du médecin coordonnateur en poste depuis [REDACTED]. La réalisation des RAMA est prévue dans les prochaines semaines. Le PAP est en cours	<b>Prescription maintenue</b>  <b>Motif du maintien :</b> L'établissement décrit des actions en cours (RAMA, PAP, traçabilité des contentions), mais n'a pas encore transmis les documents attendus à l'ARS ni formalisé les éléments demandés (commission	D312-156 CASF ; Décret du 27 avril 2022 ; D311 CASF ;	6 mois À compter de la réception de la LD

Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre	
	<p>l'admission à la sortie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Réviser les DLU avec une évaluation médicale complète et une meilleure traçabilité</li> <li>*Mettre en œuvre une anticipation des soins adaptée (PAP, soins palliatifs)</li> <li>*Superviser les projets de soins et assurer leur conformité avec les bonnes pratiques</li> <li>*Mettre à jour et tracer les prescriptions de contentions</li> <li>*Organiser la commission médicale et planifier les échanges avec l'équipe de soins</li> <li>*Transmettre les documents demandés à l'ARS (contentions, RAMA, etc.)</li> </ul>	<p>d'actualisation pour inclure une section soins. Une collaboration avec l'équipe mobile [REDACTED] permet de suivre les situations de décompensation. Les documents relatifs aux contentions seront transmis à l'ARS. Une commission médicale est prévue, mais les documents associés n'ont pas encore été finalisés.</p>	<p>médicale, DLU révisés). La régularisation est engagée, mais reste incomplète.</p>	D312-158 2° et 6° CASF ; L311-3-7° CASF ; L311-3-1° CASF ; R311-0-7 CASF ; D312-158 du CASF		
Presc 19	3.8-Prise en charge-Soins	Transmettre les contrats des médecins libéraux intervenants dans l'EHPAD.	<p>L'établissement a transmis en pièce jointe un exemplaire de contrat d'intervention des médecins traitants, signé par un médecin libéral [REDACTED]. Ce contrat type décrit les conditions de coopération entre le médecin traitant et l'établissement, notamment en matière de coordination, de partage d'informations et de respect des bonnes pratiques. L'établissement précise par ailleurs attendre le retour des conventions signées de la part des autres praticiens concernés.</p>	<p><b>Prescription maintenue</b></p> <p><b>Motif du maintien :</b> La structure a transmis un modèle de contrat d'intervention signé, conforme à la réglementation. Toutefois, tous les contrats attendus ne sont pas encore retournés. La levée définitive de la prescription sera conditionnée à la réception de l'ensemble des contrats signés par les praticiens intervenants.</p>	L.314-12 et D.313-30-1 CASF	4 mois À compter de la réception de la LD
Presc 20	3.8-Prise en charge-Soins	L'établissement doit mettre en place une traçabilité exhaustive et en temps	L'établissement indique que l'ensemble des éléments nécessaires à la prise en charge	<b>Prescription maintenue</b>	L.311-3, 4° du CASF et	Immédiat

Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
	<p>réel dans le dossier médical informatisé du résident. Cette mesure vise à garantir un suivi quotidien de l'état de santé du résident et des objectifs de sa prise en charge médicale et paramédicale, incluant notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Les examens biologiques gériatriques ;</li> <li>*Les consultations en présentiel réalisées par le médecin ;</li> <li>*Les prescriptions médicales.</li> </ul>	sont intégrés dans l'organisation. Toutefois, l'absence d'intervention du médecin traitant pour certains résidents empêche la mise à jour complète et régulière des comptes rendus médicaux dans les dossiers.	<p><b>Motif du maintien :</b> Malgré l'intégration déclarée des éléments de suivi médical, l'absence de contribution régulière des médecins traitants dans les dossiers (examens, comptes rendus, prescriptions) empêche de garantir une traçabilité complète et conforme. Cette lacune nuit au suivi continu de l'état de santé des résidents. La prescription est donc maintenue dans l'attente d'un dispositif permettant une actualisation effective, en lien avec les médecins traitants.</p>	L.1110-4 du R.1112-2 CSP L.1112-4 ; R.1431-2 CSP D.313-30-1 ; L.314-12 du CASF D.312-158 2° CASF	À compter de la réception de la LD
Presc 21	3.3-Prise en charge-Vie sociale et relationnelle	Mettre tout en œuvre pour recruter un [REDACTED] de manière pérenne et fournir la preuve des démarches entreprises.	[REDACTED] est en poste au sein de la résidence depuis la fin de l'année [REDACTED]. Un contrat a été transmis en pièce jointe.	<p><b>Prescription levée</b></p> <p><b>Motif de la levée:</b> L'établissement justifie de la présence effective [REDACTED]. Un contrat de travail a été transmis, confirmant l'exercice de cette mission.</p>	D312-159-2 CASF, Annexe 2-3-1 V CASF D.312-158 2° CASF
Presc 22	3.3-Prise en charge-Vie sociale et relationnelle	Mettre à jour le projet d'animation en cohérence avec le projet d'établissement, et renforcer la traçabilité des thérapies non médicamenteuses ainsi que des autres activités.	Une formation est programmée le [REDACTED] afin d'accompagner l'équipe et [REDACTED] dans l'élaboration du projet d'animation. À l'issue de cette formation, des réunions seront organisées pour structurer le nouveau projet. Ont été transmis en annexe : la convention de formation, le programme, les convocations individuelles, ainsi que la feuille de convocation collective mentionnant les fonctions des personnels concernés [REDACTED]	<p><b>Prescription maintenue</b></p> <p><b>Motif du maintien :</b> La démarche est engagée de manière structurée (formation prévue, mobilisation d'une équipe pluridisciplinaire). Toutefois, la prescription est maintenue dans l'attente de la formalisation du projet d'animation actualisé, intégrant la traçabilité des actions non médicamenteuses, comme prévu.</p>	L.311-3-3 CASF, D312-159-2 CASF, Annexe 2-3-1 V CASF

Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
Presc 23	2.5-Fonction support-Sécurités	Renforcer la sécurité des salles de soins et des infirmeries en veillant à ce que les portes équipées d'un code restent systématiquement fermées en dehors des utilisations. Sensibiliser le personnel à l'importance de cette mesure afin de prévenir tout accès non autorisé.	Changement des codes d'accès, limitant l'accès à certains professionnels sur les postes de soins. Diffusion de plusieurs messages d'information, accompagnés d'une note de service formalisée (cf. annexe [REDACTED] rappelant l'obligation de verrouillage systématique des portes des locaux sensibles (infirmerie, pharmacie, postes de soins), y compris en présence d'un digicode.	<b>Prescription levée</b>  <b>Motif de la levée :</b> La direction a produit une note de service interne datée [REDACTED] transmise à l'ensemble du personnel, précisant les consignes de sécurisation des accès aux lieux sensibles (locaux de soins, pharmacie). Cette note renforce les mesures mises en œuvre (modification des codes d'accès) et formalise l'engagement de l'établissement à garantir la conformité réglementaire en matière de sécurité.	R.4312-39 du CSP D.312-158-6 du CASF
Presc 24	3.8-Prise en charge-Soins	Formaliser une convention avec l'officine précisant :  *les modalités d'approvisionnement, de stockage et de gestion des médicaments, *le rôle de l'officine dans le suivi des résidents, *les modalités de transmission des prescriptions médicales. Établir une procédure du circuit du médicament adaptée à l'établissement. Élaborer une liste préférentielle de médicaments en lien avec le médecin coordonnateur et le pharmacien. Mettre en place un protocole de broyage conforme aux bonnes pratiques. Instaurer un système d'identovigilance pour les résidents	Une convention avec [REDACTED] a été formalisée et signée (annexe P24), précisant les modalités de délivrance, d'approvisionnement, de stockage, de suivi des résidents et de transmission des ordonnances.  Des procédures ont été rédigées et transmises concernant le circuit du médicament, la traçabilité, le protocole de broyage et les modalités d'intervention du pharmacien.  Une sensibilisation des équipes au circuit du médicament est prévue, notamment sur l'écrasement des traitements, en lien avec la pharmacienne référente. Un travail collaboratif est engagé pour l'actualisation continue de la convention.	<b>Prescription levée</b>  <b>Motif de la levée :</b> La convention signée est complète, structurée selon les attendus réglementaires, et assortie d'une mise en œuvre effective (procédures et sensibilisation des équipes). Des axes d'amélioration sont identifiés et suivis dans le cadre du partenariat avec la pharmacienne référente.	Guide de bonnes pratiques ARS/IGAS EHPAD L.5126-6-1 et L.5126-6-10 du CSP CASF L.311-3 R.4311-7 CSP Référentiel qualité circuit médicament (ARS Île-de-France)

	Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
		concernant les médicaments hors pilulier.				
Presc 25	4.1-Relations avec l'extérieur-Environnements	<p>Formaliser et établir des conventions avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*une structure [REDACTED] conformément aux dispositions de l'article D.6124-204 CSP ;</li> <li>*une équipe mobile de soins palliatifs, conformément à l'article L.1112-4 du Code de la santé publique (CSP).</li> </ul>	<p>Les conventions pouvant dafer, un travail de renouvellement est en cours.</p> <p>L'établissement les transmettra dès qu'elles seront finalisées.</p> <p>PJ P25 : convention [REDACTED] signée et en vigueur.</p>	<p><b>Prescription maintenue</b></p> <p><b>Motif du maintien :</b> Dans l'attente de la convention [REDACTED]</p>	D.6124-204 CSP L.1112-4 CSP	4 mois À compter de la réception de la LD

#### Recommandations :

	Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réponse de l'inspecté	Décision
Reco 1	1.2- Gouvernance-Management et Stratégie	Procéder à l'évaluation du GIR pour les [REDACTED] résidents identifiés par la mission d'inspection qui n'en disposent pas encore.	Réf. rapport 1.1.5	L'évaluation GIR des résidents manquants a pu être réalisée, un contrôle 1x/mois est désormais systématiquement mis en œuvre.	<p><b>Recommandation maintenue</b></p> <p>Aucun élément de preuve transmis permettant de vérifier la complétude et la régularité du dispositif de suivi du GIR.</p> <p><u>Éléments attendus pour la levée :</u> Transmission d'un tableau de suivi des GIR mis à jour pour l'ensemble des résidents, attestant du contrôle mensuel annoncé et de l'absence de retard.</p>
Reco 2	1.3-Gouvernance-Animation et fonctionnement des instances	<p>Afficher le dernier compte-rendu de la commission des menus.</p> <p>Rédiger systématiquement les comptes-rendus des réunions de la commission des menus et les rendre accessibles aux résidents et à leurs familles.</p>	Réf. rapport 1.2.20 / 3.4.3	La commission des menus est disponible dans le parapluie situé sur le bureau d'accueil. Elle sera prochainement publiée sur le site My-Colisée, accessible à tous les proches des résidents.	<p><b>Recommandation maintenue</b></p> <p>Malgré la réponse apportée, aucune pièce justificative n'a été transmise (ex. : copie du compte-rendu affiché, preuve d'accessibilité numérique).</p> <p><u>Éléments attendus pour la levée de la décision :</u></p>

	Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réponse de l'inspecté	Décision
					<p>*Copie du dernier compte-rendu de la commission des menus</p> <p>*Preuve de mise à disposition aux usagers (photo d'affichage, capture d'écran du site, etc.)</p> <p><b>Recommandation maintenue</b></p> <p><u>Motifs du maintien :</u> L'organigramme n'est pas daté et ne fait pas apparaître clairement l'identification du référent sur site à contacter en cas d'intervention extérieure (nom, fonction, coordonnées).</p> <p><u>Éléments attendus pour la levée de la décision :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Actualisation de l'organigramme avec mention explicite d'un référent dédié aux prestataires externes (ou note complémentaire)</li> <li>*Date de mise à jour de l'organigramme</li> <li>*Indication des modalités de joignabilité (téléphone fixe, portable ou mail)</li> </ul>
Reco 3	1.2- Gouvernance-Management et Stratégie	Transmettre un organigramme daté incluant le nombre d'ETP, ainsi que le nom d'un référent joignable sur site en cas d'intervention de prestataires externes	Réf. rapport 1.2.6	Un organigramme a été transmis (PJ R3), détaillant les effectifs ETP.	<p><b>Recommandation maintenue</b></p> <p><u>Motif(s) du maintien :</u></p> <p>Aucun élément de preuve transmis pour attester de la formalisation effective (ex. : modèle d'ordre du jour, compte rendu anonymisé, planning prévisionnel).</p> <p><u>Éléments attendus pour la levée de la décision :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Transmission d'un calendrier annuel formalisé des réunions institutionnelles (avec dates/rythmes/fonctions concernées)</li> <li>*Exemple(s) de comptes rendus récents (anonymisés) ou de relevés de décisions</li> </ul>
Reco 4	1.3-Gouvernance-Animation et fonctionnement des instances	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Formaliser les échanges : systématiser et formaliser les ordres du jour et les comptes rendus des réunions institutionnelles (CODIR, COPIL, etc.) pour garantir leur suivi et leur traçabilité ;</li> <li>*Planifier les réunions : définir un calendrier annuel précisant la fréquence des réunions (élargis, pluridisciplinaires, RETEX), afin d'en assurer la régularité et d'anticiper la participation des personnels.</li> </ul>	Réf. rapport 1.2.7 et 3.1.4	Un travail spécifique a été engagé. Une nouvelle habitude de consignation systématique des interventions et échanges a été mise en place. Une organisation pérenne de la planification des réunions est en cours d'instauration.	<p><b>Recommandation maintenue</b></p> <p><u>Motif(s) du maintien :</u></p> <p>Aucun élément de preuve transmis pour attester de la formalisation effective (ex. : modèle d'ordre du jour, compte rendu anonymisé, planning prévisionnel).</p> <p><u>Éléments attendus pour la levée de la décision :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Transmission d'un calendrier annuel formalisé des réunions institutionnelles (avec dates/rythmes/fonctions concernées)</li> <li>*Exemple(s) de comptes rendus récents (anonymisés) ou de relevés de décisions</li> </ul>

	Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réponse de l'inspecté	Décision
					* Preuve de l'instauration d'un circuit de validation et d'archivage (mail ou note de service)
Reco 5	2.1-Fonctions support-Gestion des RH	Transmettre la procédure relative à l'organisation de la permanence de direction en cas d'absence de la directrice. Ce document doit être connu de l'ensemble des professionnels afin de prévenir et pallier toute difficulté.	Réf. rapport 1.2.13	Communication de la procédure d'absence du directeur d'établissement.	<p><b>Recommandation maintenue</b></p> <p><b>Motif :</b> La pièce justificative annoncée (procédure d'absence) n'a pas été transmise.</p> <p><b>Éléments attendus :</b> transmission d'un document formalisé précisant les modalités de relais hiérarchique en cas d'absence de la direction.</p>
Reco 6	2.1-Fonctions support-Gestion des RH	Veiller à ce que la fiche de poste [REDACTED] soit également signée par l'organisme gestionnaire, afin de formaliser l'accord et d'assurer la reconnaissance mutuelle des responsabilités et des missions.	Réf. rapport 1.2.16	Un audit sera réalisé afin de renforcer cette vigilance.	<p><b>Recommandation maintenue</b></p> <p><b>Motif :</b> L'audit annoncé ne constitue pas une preuve de formalisation ni de validation de la fiche de poste signée par l'organisme gestionnaire.</p> <p><b>Éléments attendus :</b> transmission d'une fiche de poste datée et cosignée par la direction de l'établissement et l'organisme gestionnaire.</p>
Reco 7	1.4-Gouvernance-Gestion de la qualité	Harmoniser et centraliser les supports d'information afin de garantir une communication claire et une mise à jour régulière au sein de la structure.	Réf. rapport 1.2.20	« Nous travaillerons sur une meilleure mise en place de support afin de centraliser les informations au sein de la résidence. »	<p><b>Recommandation maintenue</b></p> <p><b>Motif :</b> La réponse reste déclarative, sans élément probant permettant de constater la mise en œuvre effective (aucun outil ou support centralisé joint).</p> <p><b>Éléments attendus :</b> Transmission d'un exemple de support harmonisé et centralisé (répertoire partagé, classeur unique, outil numérique de communication interne, etc.) avec date de mise en œuvre et consignes d'usage diffusées.</p>
Reco 8	1.2- Gouvernance-Management et Stratégie	Procéder à une révision complète des documents utilisés au sein de l'établissement, afin de remplacer ceux qui sont obsolètes ou hérités de précédentes entités telles que [REDACTED]	Réf. rapport 1.2.20	« Un audit sera réalisé dans l'ensemble de la résidence pour adapter les documents et retirer les documents [REDACTED]	<p><b>Recommandation maintenue</b></p> <p><b>Motif :</b> Intention affichée, mais non encore concrétisée ; aucun livrable ou rapport d'audit transmis.</p> <p><b>Éléments attendus :</b> Transmission du rapport d'audit documentaire ou d'une note de synthèse</p>

	Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réponse de l'inspecté	Décision
					mentionnant les documents écartés, les documents actualisés, et la date de mise en œuvre de la nouvelle version harmonisée.
Reco 9	2.1-Fonctions support-Gestion des RH	Compléter et actualiser les dossiers administratifs du personnel. Vérifier l'authenticité des diplômes fournis et garantir une traçabilité des contrôles effectués. Maintenir à jour les dossiers relatifs à la formation continue de chaque salarié et s'assurer de la réalisation des entretiens annuels d'évaluation.	Réf. rapport 2.1.4	« Un audit sera réalisé dès juin afin de renforcer ce contrôle. »	<p><b>Recommandation maintenue</b></p> <p><u>Motif</u> : Mesure projetée mais non documentée. Aucune preuve que l'audit ait été effectivement réalisé à la date annoncée.</p> <p><u>Éléments attendus</u> : Copie d'un rapport d'audit ou d'un état de conformité des dossiers RH, avec preuves de vérification des diplômes, suivis de formation, et entretiens annuels signés.</p>
Reco 10	1.4-Gouvernance-Gestion de la qualité	Transmettre la liste nominative des médecins traitants, ainsi que celle des résidents dont ils assurent le suivi.	Réf. rapport 2.1.5	Liste des résidents et des médecins traitants présentée.	<p><b>Recommandation levée</b></p> <p><u>Motif</u> : Document transmis conforme aux attendus.</p>
Reco 11	2.4-Fonction support-Bâtiments, espaces extérieurs, équipements	Mettre en place des fiches de traçabilité pour les chariots de ménage et le traitement du linge sale en interne.	Réf. rapport 2.4.1	Des ateliers [redacted] sont programmés à partir de mi-mai pour favoriser les retours d'expérience sur les pratiques de différents établissements.	<p><b>Recommandation maintenue</b></p> <p><u>Éléments attendus</u> : Aucun document de traçabilité n'a été transmis à ce jour. Un modèle écrit ou un retour d'expérience concret est attendu pour lever la recommandation.</p>
Reco 12	1.2- Gouvernance-Management et Stratégie	L'établissement doit transmettre l'organisation formelle entre le gestionnaire et la direction, en lien avec la limite des dépenses.	Réf. rapport 1.2.9	À ce jour, il n'existe pas de document formalisant la délégation budgétaire à la direction.	<p><b>Recommandation maintenue</b></p> <p><u>Éléments attendus</u> : Un document validé attestant de cette organisation reste attendu.</p>
Reco 13	2.1-Fonctions support-Gestion des RH	Former la directrice ou mettre à jour sa formation à l'utilisation du [redacted]	Réf. rapport 1.1.5	La directrice recevra une mise à jour sur l'utilisation [redacted]	<p><b>Recommandation maintenue</b></p> <p><u>Éléments attendus</u> : La preuve de la formation (attestation, plan de formation ou mail d'inscription) est attendue.</p>
Reco 14	2.1-Fonctions support-Gestion des RH	Dater et mettre à jour le tableau des ETP à pourvoir/pourvus, distinguer les fonctions MEDEC/MP et garantir la conformité au décret du 27 avril 2022.	Réf. rapport 2.1.1	(non transmise)	<p><b>Recommandation maintenue</b></p> <p><u>Éléments attendus</u> : Attente d'un tableau actualisé répondant à l'ensemble des critères attendus.</p>

	Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réponse de l'inspecté	Décision
Reco 15	2.1-Fonctions support-Gestion des RH	Mettre à jour la liste nominative des agents avec la quotité de travail, type de contrat, date d'établissement.	Réf. rapport 2.1.1	Un tableau sera réalisé pour centraliser ces informations à des fins de gestion du recrutement.	<b>Recommandation maintenue</b> <u>Eléments attendus :</u> Le tableau demandé n'a pas été transmis à ce jour.
Reco 16	2.1-Fonctions support-Gestion des RH	Réviser le tableau de répartition des soignants en précisant affectation, qualifications, horaires et temps de pause.	Réf. rapport 2.1.1	Une liste sera détaillée sur l'organisation des tâches de jour et de nuit.	<b>Recommandation maintenue</b> <u>Eléments attendus :</u> La liste évoquée n'a pas été jointe en pièce justificative.
Reco 17	2.1-Fonctions support-Gestion des RH	Clarifier l'élaboration des plannings, désigner un référent, intégrer une légende lisible.	Réf. rapport 2.1.1 / 2.1.11	Reprise des plannings par l'adjointe, avec demande de lisibilité adressée au gestionnaire du logiciel.	<b>Recommandation maintenue</b> <u>Eléments attendus :</u> La production d'un planning lisible avec légende claire reste attendue.
Reco 18	3.4-Prise en charge-Vie quotidienne - Hébergement	Mettre en place des solutions complémentaires d'accès aux résultats de satisfaction, dépistage des troubles de la déglutition.	Réf. rapport 3.4.2 / 3.4.3 / 3.4.4	Les résultats sont affichés à l'entrée de la résidence. Un accompagnement sera proposé si besoin d'outil numérique.	<b>Recommandation maintenue</b> <u>Eléments attendus :</u> Pas d'éléments sur la mise en œuvre d'un dépistage systématique des troubles de la déglutition.
Reco 19	3.4-Prise en charge-Vie quotidienne - Hébergement	*Assurer un suivi rigoureusement documenté dans les dossiers médicaux. *Favoriser l'enrichissement naturel des repas et utiliser des compléments alimentaires uniquement en cas d'insuffisance. *Mettre en place une carte de remplacement pour les préférences alimentaires. *Élaborer une procédure de prévention de la dénutrition, tableau de suivi du poids, courbes de poids sur 6 mois.	Réf. rapport 3.4.6	Un protocole de dépistage des troubles de la déglutition à l'admission sera établi avec l'orthophoniste. En parallèle, travail avec les équipes pour une carte de substitution.	<b>Recommandation maintenue</b> <u>Eléments attendus :</u> La formalisation de la procédure complète de prévention de la dénutrition reste attendue, ainsi que la production d'un tableau actualisé des courbes de poids sur 6 mois.
Reco 20	3.4-Prise en charge-Vie quotidienne - Hébergement	Instaurer un protocole pour la réalisation des toilettes avec formation régulière du personnel.	Réf. rapport 3.4.8	Évaluations pratiques et accompagnement des soins seront apportés auprès des professionnels.	<b>Recommandation maintenue</b> <u>Eléments attendus :</u> La formalisation du protocole n'a pas été transmise à ce jour.

	Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réponse de l'inspecté	Décision
Reco 21	3.1-Prise en charge-Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Évaluer les solutions pour internaliser la gestion du linge.	Réf. rapport 3.4.11	Une étude avait été envisagée mais les espaces ne permettent pas de mettre en œuvre ce projet.	<u><b>Recommandation levée</b></u> <u>L'impossibilité technique de réalisation a été clairement motivée.</u>
Reco 22	3.1-Prise en charge-Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Équiper l'établissement d'un obus d'oxygène et d'un ECG.	Réf. rapport 3.6.2	Réflexion en cours. Une demande de financement [REDACTED] est prévue.	<u><b>Recommandation maintenue</b></u> Eléments attendus : En cas de décision d'acquisition par l'établissement, il conviendra de fournir les justificatifs attestant de l'achat effectif et de l'installation du matériel.
Reco 23	3.4-Prise en charge-Vie quotidienne - Hébergement	Formaliser et diffuser les protocoles sur la gestion de la douleur et soins palliatifs, garantir leur mise en œuvre via la formation.	Réf. rapport 3.6.9, 3.6.10	Demande d'élaboration conjointe d'un protocole avec l'équipe palliative dans le cadre du partenariat renouvelé.	<u><b>Recommandation maintenue</b></u> Eléments attendus : En attente de la convention signée avec l'équipe palliative et du protocole formalisé.
Reco 24	3.4-Prise en charge-Vie quotidienne - Hébergement	Formaliser des conventions actualisées avec les professionnels libéraux intervenant dans l'EHPAD, incluant engagements, responsabilités et modalités d'intervention, notamment avec :	Réf. rapport 4.1.7	Une demande de rencontre sera formulée afin d'établir de nouvelles conventions de partenariat à jour.	<u><b>Recommandation maintenue</b></u> <u>Motif</u> : aucun élément de preuve n'est transmis à ce stade (pas de convention signée ni projet formalisé). <u>Eléments attendus</u> : transmission d'au moins un exemplaire de convention actualisée signée avec un des partenaires cités.