

**Cabinet de la Directrice générale  
Inspection régionale autonomie santé**

**Conseil Départemental de la Seine-Saint-Denis**



Affaire suivie par : [REDACTED]  
Courriel : [REDACTED]  
& [ars-idf-inspection@ars.sante.fr](mailto:ars-idf-inspection@ars.sante.fr)  
Téléphone : [REDACTED]

Saint-Denis, le

Lettre recommandée avec AR  
N°

Monsieur le Président,

A la suite de l'inspection des 7, 9 et 10 avril 2022 effectuée au sein de l'EHPAD « La Résidence du Parc » situé 37 avenue Jules Jouy à Aulnay-sous-Bois (93600), nous avions envisagé de vous notifier six injonctions et 12 prescriptions et 12 recommandations. A l'issue du contradictoire, nous vous avons notifié à titre définitif, par courrier conjoint du 16 septembre 2022 réceptionné le 29 septembre 2022, quatre injonctions et 11 prescriptions avec des délais de mises en œuvre précis et 10 recommandations.

Un contrôle sur place, dont nous vous avons informé par courrier du 22 mars 2023, a été réalisé au sein de votre établissement le 23 mars 2023 afin de vérifier l'effectivité de la mise en œuvre des mesures correctives attendues au regard des décisions notifiées ainsi que des mesures envisagées, qui avaient été levées sur déclaration lors du contradictoire.

Ce contrôle a fait l'objet d'un compte-rendu de visite, que vous trouverez ci-joint.

Dans le contexte d'une contre-visite d'inspection annoncée la veille seulement, l'équipe de direction de l'EHPAD « Le Parc » et des services support de l'organisme gestionnaire ont fait preuve de disponibilité ; il a été indiqué à la mission le malentendu s'agissant des suites attendues à la lettre définitive, restée sans réponse à l'échéance des mesures notifiées, ce par méconnaissance selon l'établissement de la procédure.

La mission a constaté un climat social et global au sein de l'établissement apaisé et rencontré des salariés mobilisés et attentifs aux résidents. Elle a fait les constats suivants :

**Concernant l'organisation des soins, les mesures correctives sont effectivement engagées :**

- Sont satisfaites les prescriptions n°1 relative aux transmissions soignantes, n°4 et 5 relatives à la coordination médicale interne et externe ;
- Les prescriptions n°3 relative aux dossiers de soins individuels et n°6 sur la prévention du risque de dénutrition, le dépistage de la douleur, le risque de chute et la prévention des escarres sont partiellement mises en œuvre ;
- Mais l'injonction n°4 relative aux prescriptions de contention n'est pas satisfaita, ni la prescription n°7 relative à l'élaboration d'un RAMA.

**S'agissant en particulier du circuit du médicament, les mesures correctives sont insuffisamment mises en place :**

- Les injonctions n°1 relative au chariot d'urgence, aux médicaments thermosensibles et à la formation des personnels aux gestes d'urgence et n°2 relative aux médicaments stupéfiants et aux médicaments non utilisés sont partiellement mises en œuvre ;
- Mais la prescription n°2 relative au stockage et à la distribution des médicaments n'est pas satisfaite ;

**En ce qui concerne le pilotage de l'établissement et la qualité des prestations hôtelières et de prise en charge de la dépendance des résidents, une partie des mesures sont satisfaites, une autre partie étant engagées mais non encore abouties :**

- Sont satisfaites les prescriptions n°8 (sous réserve de l'identification du responsable du site en matière de sécurité batimentaire), n°9 relative aux projets de vie individualisés et n°10 relative à la gouvernance de l'EHPAD, la recommandation n°2 relative au PASA ;
- Les recommandations n°3 relative au cahier de doléances des familles et n°6 sur l'appui aux professionnels sont satisfaites, toutefois il appartient à la direction de l'EHPAD de s'assurer de l'organisation des réunions du CVS à raison au minimum de trois par an ;
- Les injonctions n°3 relative à la surveillance de nuit des résidents par un personnel qualifié et n°5 relative au stockage des équipements médicalisés, ainsi que la prescription n°11 relative à la déclaration des EI ont fait l'objet de démarches mais ne sont pas à ce jour abouties.

**Les constats relatifs à l'état du bâti n'ont été que partiellement corrigés :**

- L'injonction n°6 relative à la meuleuse est satisfaite ;
- La prescription n°12 relative à l'hygiène des locaux techniques et la recommandation n°10 relative aux plans et protocoles de chargement/déchargement sont partiellement satisfaites ;
- Les recommandations n°7 relative au DUER, n°8 relative à la sécurité incendie, n°9 relative aux fluides et au risque amiante, n°11 relative à la formation à la sécurité et n°12 relative à l'état batimentaire sont insuffisamment ou non satisfaites.

Ces constats nous conduisent à lever une injonction et six prescriptions d'une part, à **maintenir une injonction** – relative aux prescriptions de contention - **et dix prescriptions** (dont quatre ex-injonctions pour lesquelles des actions ont été engagées, requalifiées en prescriptions), telles que figurant en détail dans le tableau annexé au présent courrier, en vue de leur correction dans un délai supplémentaire (s'échelonnant de huit jours à six mois en fonction des mesures).

Par ailleurs, sept recommandations – l'une relative à la conduite au niveau de l'EHPAD d'une démarche qualité, les autres à l'état du bâti - sont maintenues ; les cinq autres recommandations sont levées.

Nous attirons votre attention sur la nécessité de mettre en œuvre dès à présent les mesures restantes et nous vous demandons d'adresser un nouveau point d'étape dans **deux mois** à réception du présent courrier aux adresses mail suivantes [REDACTED] et [ars-DD93-ETAB-MEDICO-SOCIAUX@ars.sante.fr](mailto:ars-DD93-ETAB-MEDICO-SOCIAUX@ars.sante.fr) .

Nous vous rappelons que l'absence de mise en œuvre dans le délai imparti des mesures correctives faisant l'objet d'injonction peut être sanctionnée en application des dispositions des articles L. 313-14 et L. 313-16 du code de l'action sociale et des familles par l'application de sanctions financières, la mise sous administration provisoire ou la suspension 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 Télerécourse citoyens accessible par le site <https://citoyens.telerecours.fr> .

Nos services se tiennent à votre disposition pour toute information complémentaire.

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

La Directrice générale  
de l'Agence régionale de santé  
d'Île-de-France

P/Le Président du Conseil départemental  
de Seine-Saint-Denis, et par délégation,  
La Directrice générale adjointe du Pôle  
Solidarités

**Annexe :** Tableau de suivi des décisions prises dans le cadre de la suite d'inspection réalisée au sein de l'EHPAD « La Résidence du Parc », 23 mars 2023

DECISIONS NOTIFIEES SUITE A L'INSPECTION			CONSTATS REALISES SUITE AU CONTROLE		
Injonctions notifiées		Textes de référence	Délai de mise en œuvre	Constats effectués lors de la visite de vérification	Statut de la décision (levée ou maintenue)
1	<p>Le chariot d'urgence doit être scellé, les conditions d'utilisation de l'ensemble des médicaments doit être respectée et notamment leur date d'expiration, l'utilisation de l'aspirateur de mucosités doit respecter les règles d'hygiène (la poche de recueil des mucosités doit être changée systématiquement).</p> <p>La surveillance de la température, du contenu et de l'entretien de l'enceinte réfrigérée dédiée aux médicaments doit être tracée.</p> <p>Les IDE doivent être formées aux gestes d'urgence (tels que l'utilisation de l'extracteur d'oxygène).</p> <p><i>Thème IGAS : Prise en charge / Soins / N° 3.8.3.8</i></p>	<p>Article L.311-3 du CASF Article D312-158, 13° du CASF</p>	1 mois	<p><b>Injonction satisfaite concernant :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la sécurisation (chariot scellé) et la vérification de la complétude du chariot d'urgence,</li> <li>- le respect des règles d'hygiène relatives à l'utilisation des aspirateurs de mucosités</li> </ul> <p><b>Injonction non satisfaite concernant :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La traçabilité relative à la vérification non effective des péremptions des médicaments du chariot d'urgence,</li> <li>- L'absence de fiche d'ouverture et de fermeture du chariot d'urgence</li> <li>- La surveillance quotidienne de la température du réfrigérateur dédié aux médicaments</li> </ul> <p><b>Injonction partiellement satisfaite concernant la formation des IDE aux gestes d'urgence sous réserve de disposer des attestations de formation : à l'utilisation d'extracteur d'oxygène, d'aspirations de mucosités et de la formation AFGSU Niveau 2 des [REDACTED] IDE référentes du chariot d'urgence.</b></p>	<p>Injonction requalifiée en prescription car partiellement satisfaite (infra : prescription n°13).</p>
2	<p>La gestion des médicaments stupéfiants doit être sécurisée (coffre sécurisé, date de péremption de certaines molécules, boîtes nominatives, tenue du registre).</p> <p><i>Thème IGAS : Prise en charge / Soins / N° 3.8.3.6</i></p>	<p>D312-158 du CASF Article R5132-36 du CSP</p>	1 mois	<p><b>Injonction satisfaite concernant :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La sécurisation du coffre des stupéfiants, leur gestion et leur élimination en cas de non utilisation,</li> <li>- Les professionnels habilités à accéder au coffre des stupéfiants.</li> </ul> <p><b>Injonction non satisfaite concernant la vérification des péremptions des médicaments (hors stupéfiants).</b></p>	<p>Injonction requalifiée en prescription, car partiellement satisfaite (infra : prescription n°14).</p>

DECISIONS NOTIFIEES SUITE A L'INSPECTION			CONSTATS REALISES SUITE AU CONTROLE		
Injonctions notifiées		Textes de référence	Délai de mise en œuvre	Constats effectués lors de la visite de vérification	Statut de la décision (levée ou maintenue)
				Injonction non satisfaite concernant l'élimination des médicaments non utilisables (MNU).	
3	La surveillance de nuit des résidents par au moins deux personnels soignants qualifiés, formés à l'administration des médicaments et à la gestion des situations d'urgence, doit être effective et contrôlée.  <i>Thème IGAS : Fonction support / GRH / N° 2.1.4.10</i>	Article L.311-3 du CASF Article R. 4311-4 du CASF D. 312-155-0, II du CASF Arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'AFGSU	2 mois, échue le 29/11/2022	Injonction partiellement satisfaite concernant la qualification de l'équipe de nuit.  En outre, la mission constate que l'effectif du personnel soignant est insuffisant selon les critères fixés au CPOM, par rapport au niveau moyen de dépendance des résidents calculé par l'établissement.	Injonction requalifiée en prescription, car partiellement satisfaite (infra : prescription n°15).
4	Les prescriptions individuelles de contention doivent être évaluées en réunion mensuelle pluridisciplinaire, proposées aux familles ou aux responsables légaux et tracées dans un compte rendu.	Art. L. 311-4-1 et D.312-158 (14°) CASF et Décret n°2016-1743 du 15/12/2016, art. L. 311-5-1 CASF, L. 1111-6 CSP, RBPP <sup>1</sup>	2 mois	Injonction non satisfaite  Les contentions ne sont pas l'objet d'une démarche réellement structurée comportant notamment une évaluation et un suivi rigoureux. Les modalités de prise en charge des résidents par contention contreviennent aux dispositions réglementaires <sup>2</sup> et aux recommandations de bonnes pratiques actuelles.	Injonction maintenue car non satisfaite  Délai de mise en œuvre : 2 mois

<sup>1</sup> Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. ANAES octobre 2000.

Étude d'usage, indications et pratiques de la contention physique dans les structures gériatriques, Société française de gériatrie et gérontologie, Université de Rennes et AP-HP, novembre 2019, <https://sfgg.org/media/2019/11/re%CC%81sultats-enq%CC%82te-pugg-2019.pdf>

A propos de la contention physique des personnes âgées. Information destinée aux professionnels de santé. ARS Ile-de-France. <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/index.php/media/29832/download?inline>  
Qualité de vie en EHPAD, de l'accueil de la personne à son accompagnement, ANESM, décembre 2010 [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/qv1\\_ehpad\\_de\\_laccueil\\_de\\_la\\_personne\\_a\\_son\\_accompagnement\\_recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/qv1_ehpad_de_laccueil_de_la_personne_a_son_accompagnement_recommandations.pdf)

RBPP Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement, ANESM 2014.

Les bonnes pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, Ministère chargé de la santé, octobre 2007, <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ehpad-2.pdf>

<sup>2</sup> Art. L. 311-4-1 et D.312-158 (14°) et Décret n°2016-1743 du 15 décembre 2016, L. 311-5-1 CASF L. 1111-6 CSP

DECISIONS NOTIFIEES SUITE A L'INSPECTION			CONSTATS REALISES SUITE AU CONTROLE		
	Injonctions notifiées	Textes de référence	Délai de mise en œuvre	Constats effectués lors de la visite de vérification	Statut de la décision (levée ou maintenue)
	<p>Les mesures de contention doivent faire l'objet d'une annexe intégrée dans le contrat de séjour du résident.</p> <p><i>Thème IGAS : Prise en charge / Respect des droits des personnes / N° 3.2.3.1.</i></p>				
5	<p>Les équipements médicalisés doivent être stockés dans un lieu sécurisé pour éviter tout risque de chute des résidents et/ou du personnel.</p> <p><i>Thème IGAS : Fonctions support / Bâtiment / N° 2.4.3.7</i></p>	Article L.311-3 du CASF	3 mois, échue le 29/12/2022	<p><b>Injonction en cours.</b> Un projet de plan d'actions a donné lieu à ce jour à deux réunions préliminaires récentes (10 et 21 mars 2023) avec les personnels. Mais la suite donnée par la direction de l'EHPAD et l'OG n'est pas donnée à ce jour..</p>	<p>Injonction requalifiée en prescription car en cours de réalisation (infra : prescription n°16).</p>
6	<p>Dans l'atelier des agents d'entretien, la meuleuse qui n'est pas équipée des protections doit être interdite d'utilisation.</p> <p><i>Thème IGAS : Fonctions support / Bâtiment / N° 2.4.3.9</i></p>	Article D312-176-5 du CASF	Levée à l'examen des pièces transmises au contradictoire	<p><b>Injonction satisfaitte</b> : la meuleuse a été supprimée.</p>	<p>Injonction levée.</p>

DECISIONS NOTIFIEES SUITE A L'INSPECTION			CONSTATS REALISES SUITE AU CONTROLE		
Prescriptions notifiées		Textes de référence	Délai de mise en œuvre	Constats effectués lors de la visite de vérification	Statut de la décision (levée ou maintenue)
1	<p>Les réunions quotidiennes de transmissions de l'équipe soignante doivent, sous l'impulsion et le contrôle de l'IDEC et du MEDEC, faire l'objet d'une réflexion collective au sein de l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quant à son <b>horaire</b>, qui doit être compatible avec la fin des toilettes et du nettoyage des chambres et le début du transfert des résidents pour le déjeuner ;</li> <li>- Quant à son <b>objet</b>, pour se centrer sur l'évolution de l'état de santé des résidents et les soins administrés,</li> <li>- Quant à la <b>traçabilité</b> des transmissions émises oralement.</li> </ul> <p><i>Thème IGAS : Prise en charge / Organisation de la prise en charge / N° 3.1.4.7</i></p>	Articles R. 4311-4 et R. 4312-36 du CSP Article D. 312-158, 5°, 9°, 13° et 14° du CASF	3 mois, échue le 29/12/2022	<p><b>Prescription satisfaita concernant :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'horaire des réunions quotidiennes de transmissions et sa comptabilité avec les tâches des professionnels ;</li> <li>- l'objet de ces réunions : le manque de structuration dans l'évaluation de la prise en charge en soins hypothèque à la fois l'objet et la traçabilité des transmissions relatives à cette prise en charge en soins.</li> </ul> <p>Toutefois, la traçabilité des transmissions ciblées axées sur la prise en charge des résidents est à structurer et renforcer</p>	Prescription levée
2	<p>La direction et l'encadrement soignant - MEDEC et IDEC – doivent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sécuriser le circuit du médicament, avec l'appui du siège gestionnaire et avec le concours du pharmacien d'officine ayant passé convention avec l'EHPAD pour délivrer les médicaments :</li> </ul>	Articles R. 4311-4 et R. 4235-48 du CSP Articles L. 312-12, V et D. 312-158 13°) du CASF	3 mois, échue le 29/12/2022	<p><b>Prescription non satisfaita concernant :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-l'absence de procédure dédiée à la délégation d'administration, de formation tracée et de liste des AS habilités ;</li> <li>-l'absence de liste de médicaments préférentiels ;</li> <li>-la méconnaissance d'une liste de médicaments écrasables par l'ensemble des professionnels</li> <li>-l'absence de sécurisation du traitement médicamenteux en cas de changement de prescription médicamenteuse.</li> </ul>	<p><b>Prescription maintenue dans l'attente de la transmission des éléments suivants :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-la procédure relative à la délégation d'administration des médicaments et leur traçabilité,</li> <li>-la liste préférentielle des médicaments,</li> </ul>

DECISIONS NOTIFIEES SUITE A L'INSPECTION			CONSTATS REALISES SUITE AU CONTROLE		
Prescriptions notifiées		Textes de référence	Délai de mise en œuvre	Constats effectués lors de la visite de vérification	Statut de la décision (levée ou maintenue)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Former les soignants à l'administration des médicaments et à la traçabilité de leur prise par les résidents,</li> <li>- Etablir et mettre en œuvre une liste préférentielle des médicaments et une liste des médicaments écrasables,</li> <li>- Veiller à ce que toute transmission entre IDE d'un changement de prescription médicamenteuse soit effectuée sur un support adéquat de type logiciel de soins.</li> </ul> <p><i>Thème IGAS : Prise en charge / Soins / N° 3.8.2.18</i></p>			<p><b>Par ailleurs, la mission relève les points suivants :</b></p> <p>Le stockage des médicaments est insuffisamment sécurisé (manque de sécurisation portant à la fois sur la fermeture à clefs des chariots et armoires de médicaments dans le local à pharmacie, et sur les médicaments distribués la nuit).</p> <p>-la traçabilité relative à l'administration des médicaments est insuffisante : imprécise la journée, absente la nuit.</p>	<p>-la sécurisation du circuit du médicament en cas de changement de prescription médicamenteuse.</p> <p><b>Délai de mise en œuvre :</b> 2 mois</p>
3	<p>L'établissement, sous l'impulsion et le contrôle du MEDEC, doit mettre en place un dossier type de soins pour chaque résident, permettant de sécuriser la prise en charge des résidents, notamment en cas d'urgence qui nécessite un DLU conforme aux BPP.</p> <p>La confidentialité des données médicales doit être assurée.</p> <p><i>Thème IGAS : Prise en charge / Soins / N° 3.8.4.1</i></p>	<p>Articles R. 4311-118 et R. 4311-319 du CSP ; Articles D. 312-155-0, I, 2° et D312-158, 9° du CASF ; HAS</p> <p>Articles L. 311-3 du CASF et L. 1110-4 du CSP</p>	<p>3 mois, échue le 29/12/2022</p>	<p><b>Prescription partiellement satisfaite</b> en l'attente des évolutions nécessaires à la mise en place d'un dossier type de soins pour chaque résident et d'un DLU respectant tous deux les recommandations de bonnes pratiques en terme de complétude, d'accès et d'exploitation des informations relatives à la santé et aux soins des résidents ; cette évolution étant tributaire de l'appropriation et du bon usage du logiciel de soins de l'établissement.</p>	<p>Prescription maintenue car partiellement satisfaite.</p> <p><b>Délai de mise en œuvre :</b> 2 mois</p>
4	<p>La direction et le MEDEC doivent mettre en place la coordination médicale autour du résident au sein de l'EHPAD et avec les professionnels de santé extérieurs :</p>	<p>D312-158, 5°, 6°, 7° et 10° du CASF</p>	<p>5 mois, échue le 28/02/2023</p>	<p><b>Prescription satisfaite</b></p>	<p>Prescription levée</p>

DECISIONS NOTIFIEES SUITE A L'INSPECTION			CONSTATS REALISES SUITE AU CONTROLE		
Prescriptions notifiées		Textes de référence	Délai de mise en œuvre	Constats effectués lors de la visite de vérification	Statut de la décision (levée ou maintenue)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en cohérence le projet de soin et le projet de vie personnalisé de chaque résident découlant de l'évaluation gériatrique à l'admission (dont l'évaluation de la dépendance),</li> <li>- Développer la coordination médicale avec les médecins traitants,</li> <li>- Formaliser/actualiser les partenariats avec les partenaires de santé extérieurs.</li> </ul> <p><i>Thème IGAS : Fonctions support / Gestion d'information / N° 2.3.4.3</i></p>				<p>Structuration en cours de la coordination médicale autour du résident entre les différents intervenants dans la prise en charge en soins (objectifs, organisation, étapes, thématiques traitées, évaluations...)</p> <p>Toutefois la mission n'a pas eu d'information concernant l'élaboration de projet général de soins de l'EHPAD.</p> <p>-</p>	
<p>5</p> <p>Le médecin coordonnateur doit organiser avec la direction de l'établissement la commission de coordination gériatrique qui est chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement et doit se réunir au minimum une fois par an.</p> <p><i>Thème IGAS : Prise en charge / Soins / N° 3.1.4.4</i></p>		5 mois	5 mois, échue le 28/02/2023	<p><b>Prescription satisfaite.</b></p> <p>Une réunion de coordination gériatrique a été organisée le 27 janvier 2023, dont le CR a été transmis à la mission.</p>	Prescription levée
<p>6</p> <p>En matière de surveillance médicale et paramédicale :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les procédures internes relatives à la prévention du risque de dénutrition (pesées mensuelles et</li> </ul>		5 mois	5 mois, échue le 28/02/2023	<p><b>Prescription partiellement satisfaite</b> en l'attente de plus d'un gain en rigueur et systématisation dans l'application des protocoles et conduite à tenir gérant la prise en charge en soins des résidents, et dans la validation et la traçabilité des données relevées.</p>	<p>Prescription maintenue</p> <p>Délai de mise en œuvre : 2 mois</p>

DECISIONS NOTIFIEES SUITE A L'INSPECTION			CONSTATS REALISES SUITE AU CONTROLE		
	Prescriptions notifiées	Textes de référence	Délai de mise en œuvre	Constats effectués lors de la visite de vérification	Statut de la décision (levée ou maintenue)
	<p>validées pour tous les résidents, prescriptions de CNO et HP) doivent être appliquées ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le dépistage et l'évaluation de la douleur doivent, conformément à un protocole qui est à formaliser, être tracés ;</li> <li>- La conduite à tenir en cas de chute doit être connue et appliquée par les équipes de jour et de nuit.</li> </ul> <p><i>Thème IGAS : Gouvernance / Gestion de la qualité / N° 1.4.1.9</i></p>				
7	<p>Le médecin coordonnateur doit coordonner, avec le concours de l'équipe soignante, un rapport annuel d'activité médicale qu'il signe conjointement avec le directeur de l'établissement.</p> <p><i>Thème IGAS : Fonctions support / Gestion d'information / N° 2.3.1.4</i></p>	Articles D. 312-155-3 alinéa 9 et D. 312-158 (10°) du CASF	5 mois	<p><b>Prescription non satisfaite.</b></p> <p>Le RAMA relatif à l'année 2022 n'en est encore qu'au stade de projet le jour de cette inspection du 23 mars 2023.</p>	<p><b>Prescription maintenue</b></p> <p>Délai de mise en œuvre : 2 mois</p>
8	<p>La subdélégation de signature de la direction territoriale départementale au niveau de l'EHPAD doit être formalisée et les responsabilités des différents intervenants être précisément définies, qu'il s'agisse de la gestion de l'EHPAD ou de la maîtrise du site.</p>	D. 312-176-5 du CASF	3 mois, échue le 29/12/2022	<p><b>Prescription satisfaite.</b></p> <p>Les réunions de l'encadrement avec les professionnels sont régulières et font l'objet de compte rendus et émargement ; l'organigramme de l'EHPAD est à jour.</p>	<p>Prescription levée sous réserve de l'identification du ou des intervenants responsables de la sécurité bâti mentaire du site.</p> <p>Délai de mise en œuvre : sous 8 jours ou dans l'attente mesures conservatoires.</p>

DECISIONS NOTIFIEES SUITE A L'INSPECTION			CONSTATS REALISES SUITE AU CONTROLE		
Prescriptions notifiées		Textes de référence	Délai de mise en œuvre	Constats effectués lors de la visite de vérification	Statut de la décision (levée ou maintenue)
	<p>Les réunions de l'encadrement avec les salariés doivent être distinctement organisées et formalisées afin d'améliorer la régulation des équipes et la circulation de l'information.</p> <p>L'organigramme de l'EHPAD doit être mis à jour dans les documents institutionnels.</p> <p><i>Thème IGAS : Gouvernance / Management et stratégie/ N° 1.2.2.11</i></p>				<p>Les documents institutionnels Livret d'Accueil; Projet d'Etablissement et Règlement de Fonctionnement) doivent être actualisés.</p>
9	<p>Les projets de vie individualisés doivent être rédigés ou actualisés en associant l'équipe pluridisciplinaire et les familles dans le cadre d'une programmation annuelle.</p> <p><i>Thème IGAS : Prise en charge / Organisation de la prise en charge / N° 3.1.3.3</i></p>	Article L. 311-3, D.312-155-0 du CASF et HAS, Fiche repère « Le projet personnalisé» (2018), 2011 et 2008	3 mois, échue le 29/12/2022	<p><b>Prescription satisfaite :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un document portant procédure d'élaboration des PVI non finalisé ni validé ni signé,</li> <li>- un calendrier d'élaboration et d'actualisation des projets de vie des résidents de l'EHPAD décliné pour [ ] résidents + [ ] places ( [ ] ), [ ] ;</li> <li>- 5 PVI et 6 mails d'invitation des familles aux réunions PVI.</li> </ul>	<p><b>Prescription levée</b></p> <p>Toutefois, le recueil du consentement des familles aux mesures protectrices restrictives de liberté d'aller et venir devrait être organisé et tracé.</p>
10	<p>Les arrêtés du Conseil départemental fixant la tarification hébergement et dépendance doivent être affichés.</p> <p><i>Thème IGAS : Gouvernance / Management et stratégie/ N° 1.2.3.5</i></p>	L. 311-3, 5°, CASF	Sans délai	<p><b>Prescription satisfaite :</b> l'affichage est effectif.</p>	<p><b>Prescription levée</b></p>
11	<p>Les évènements indésirables doivent être déclarés auprès des autorités compétentes.</p>	Art. L331-8-1 R331-8 & 9 du CASF	Sans délai	<p><b>Prescription partiellement satisfaite</b>, les actions suivantes n'ayant pas été mises en œuvre :</p>	<p><b>Prescription maintenue</b></p>

DECISIONS NOTIFIEES SUITE A L'INSPECTION			CONSTATS REALISES SUITE AU CONTROLE		
Prescriptions notifiées		Textes de référence	Délai de mise en œuvre	Constats effectués lors de la visite de vérification	Statut de la décision (levée ou maintenue)
<i>Thème IGAS : Gouvernance / Gestion des risques / N° 1.5.1.3</i>		Arrêté du 28/12/2016, art. R. 1413-59 et R. 1413-79 CSP		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Former les professionnels à la déclaration des EI relevant d'une déclaration réglementaire auprès des tutelles ;</li> <li>-Intégrer dans la procédure « Bien déclarer un EI » la définition des EI relevant d'une obligation réglementaire – sous forme d'une grille de saisine selon la gravité des faits déclarés - et le circuit de déclaration auprès des tutelles.</li> </ul>	Délai de mise en œuvre : 2 mois
12	<p>En matière d'hygiène des locaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le nettoyage de la cuisine doit être réalisé et faire l'objet d'une procédure formalisée, la chambre froide doit être entretenue (dégivrage) ;</li> <li>- Les vestiaires hommes doivent être débarrassés, la douche et le sanitaire nettoyés ;</li> <li>- Dans le local DASRI, les emballages à évacuer doivent être dissociés des autres déchets.</li> </ul> <p><i>Thème IGAS : Fonctions support / Sécurités / N° 2.5.2.2</i></p>	Article L.311-3 et D312-159-2, annexe 2-3-1 du CASF	Levée à l'examen des pièces transmises au contradictoire	<p><b>Prescription en partie satisfaite :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La cuisine a été nettoyée ; la porte de la chambre froide a été remise en état, le condenseur dégivré ;</li> <li>-Les vestiaires hommes ont été débarrassés, la douche et un sanitaire des vestiaires ont été nettoyés ;</li> <li>-La ventilation fonctionne dans des locaux de rangement ménage et certains sanitaires ;</li> <li>-Le local DASRI a été aménagé.</li> </ul> <p>Cependant, le sol de la cuisine a été réparé par un matériau inadapté à l'usage alimentaire.</p>	<p>Prescription maintenue concernant le sol de la cuisine qui doit être réparé par un matériau adapté à l'usage alimentaire.</p> <p>Délai de mise en œuvre : 1 mois</p>
13	<p>Le chariot d'urgence doit être scellé, les conditions d'utilisation de l'ensemble des médicaments doit être respectée et notamment leur date d'expiration, l'utilisation de l'aspirateur de mucosités doit respecter les règles d'hygiène (la poche de recueil des mucosités doit être changée systématiquement).</p> <p>La surveillance de la température, du contenu et de l'entretien de l'enceinte</p>	Article L.311-3 du CASF Article D312-158, 13° du CASF	1 mois	<p><b>Injonction partiellement satisfaite concernant :</b> la sécurisation (chariot scellé) et la vérification de la complétude du chariot d'urgence, le respect des règles d'hygiène relatives à l'utilisation des aspirateurs de mucosités</p> <p><b>Injonction non satisfaite concernant :</b> La traçabilité relative à la vérification non effective des péremptions des médicaments du chariot d'urgence,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'absence de fiche d'ouverture et de fermeture du chariot d'urgence</li> <li>- La surveillance quotidienne de la température du réfrigérateur dédié aux médicaments</li> </ul>	<p>Injonction requalifiée en prescription.</p> <p>Sécuriser la tenue du chariot d'urgence et planifier la formation des IDE aux gestes d'urgence.</p> <p>Délai de mise en œuvre : 2 mois</p>

DECISIONS NOTIFIEES SUITE A L'INSPECTION			CONSTATS REALISES SUITE AU CONTROLE		
Prescriptions notifiées		Textes de référence	Délai de mise en œuvre	Constats effectués lors de la visite de vérification	Statut de la décision (levée ou maintenue)
<p>réfrigérée dédiée aux médicaments doit être tracée. Les IDE doivent être formées aux gestes d'urgence (tels que l'utilisation de l'extracteur d'oxygène).</p> <p><i>Thème IGAS : Prise en charge / Soins / N° 3.8.3.8</i></p>				<p><b>Injonction partiellement satisfaite concernant la formation des IDE aux gestes d'urgence sous réserve de disposer des attestations de formation : à l'utilisation d'extracteur d'oxygène, d'aspirations de mucosités et de la formation AFGSU Niveau 2 des [REDACTED] IDE référentes du chariot d'urgence.</b></p>	
14	<p>La gestion des médicaments stupéfiants doit être sécurisée (coffre sécurisé, date de péremption de certaines molécules, boîtes nominatives, tenue du registre).</p> <p><i>Thème IGAS : Prise en charge / Soins / N° 3.8.3.6</i></p>	D312-158 du CASF Article R5132-36 du CSP	1 mois	<p><b>Injonction partiellement satisfaite concernant :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La sécurisation du coffre des stupéfiants, leur gestion et leur élimination en cas de non utilisation,</li> <li>- les professionnels habilités à accéder au coffre des stupéfiants.</li> </ul> <p><b>Injonction non satisfaite concernant la vérification des péremptions des médicaments (hors stupéfiants).</b></p> <p><b>Injonction non satisfaite concernant l'élimination des MNU</b></p>	<p>Injonction requarifiée en prescription.</p> <p>Sécuriser le circuit du médicament (vérification des péremptions et élimination des MNU).</p> <p>Délai de mise en œuvre : 1 mois</p>
15	<p>La surveillance de nuit des résidents par au moins [REDACTED] personnels soignants qualifiés, formés à l'administration des médicaments et à la gestion des situations d'urgence, doit être effective et contrôlée.</p> <p><i>Thème IGAS : Fonction support / GRH / N° 2.1.4.10</i></p>	Article L.311-3 du CASF Article R. 4311-4 du CASF D. 312-155-0, II du CASF Arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence	2 mois, échue le 29/11/2022	<p><b>Injonction partiellement satisfaite concernant la qualification de l'équipe de nuit.</b></p> <p>En outre, la mission constate que l'effectif du personnel soignant est insuffisant selon les critères fixés au CPOM, par rapport au niveau moyen de dépendance des résidents calculé par l'établissement.</p> <p>La mission relève que le gestionnaire emploie [REDACTED] AS ou faisant fonction d'AS pour prendre en charge [REDACTED] résidents dont le GMP est évalué à 755 (cf. Commission de coordination gériatrique, infra).</p> <p>Cet effectif apparaît comme insuffisant par rapport à l'effectif minimal de soignants requis selon les critères définis par l'ARS IDF dans le cadre de la contractualisation du CPOM tripartite ARS/CD93/Coallia signé le 21/11/2022 (Objectif Axe 3 : « Lisser</p>	<p>Injonction requarifiée en prescription :</p> <p>Engager un plan de qualification/formation du personnel soignant de nuit en place.</p> <p>Délai de mise en œuvre : 3 mois</p>

DECISIONS NOTIFIEES SUITE A L'INSPECTION			CONSTATS REALISES SUITE AU CONTROLE	
Prescriptions notifiées	Textes de référence	Délai de mise en œuvre	Constats effectués lors de la visite de vérification	Statut de la décision (levée ou maintenue)
			<p>sur 5 ans la charge en soins et dépendance par AS/AMP pour les places d'hébergement permanent ») :</p> $\frac{\text{Capacité d'hébergement} \times \text{GMP établissement validé}}{\text{nb d'ETP (AS + AES)}} = R_{GMP}$ <p>Si RGMP &gt; 3200 =&gt; nb ETP AS/AES est insuffisant</p> <p>Les données de l'EHPAD conduisent à un ratio de personnel soignant insuffisant [REDACTED] par rapport au niveau de dépendance des résidents, le nombre d'ETP manquant est de [REDACTED] ETP selon ces critères de calcul ([REDACTED]).</p> <p>En outre, il n'emploie pas d'AES/AMP/AVS au sein des équipes soignantes. Or, selon la liste des personnels salariés remis le 23/03/2023 (liste nominative des salariés en CDI et en CDD) comporte des agents de service logistique (ASL) placés sous l'autorité de l'IDEC et affectés à des fonctions soignantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- [REDACTED] CDI sur les [REDACTED] postes d'AS de jour ;</li> <li>- [REDACTED] CDD sur les [REDACTED] postes d'AS de nuit.</li> </ul> <p>Ce, contrairement à l'article D. 312-155-0, alinéa II du CASF<sup>3</sup>.</p> <p>En outre, le plan de formation 2023 ne fait apparaître aucune inscription d'ASL dans une formation qualifiante (type VAE) aux DEAS/ DEAES.</p> <p><b>Injonction partiellement satisfaite</b> concernant la formation des personnels soignants de nuit à l'administration des médicaments et aux gestes d'urgence (cf. Liste des personnels formés à l'AFGSU Niveaux 1 et 2) ; la mission rappelle que l'AFGSU a une durée de validité de 4 ans et que le niveau 2 est requis pour toutes les professions de santé réglementées par le code de la santé publique).</p>	

<sup>3</sup> D. 312-155-0, §II, du CASF : « II- Pour assurer leurs missions, outre son directeur et le personnel administratif, l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dispose d'une équipe pluridisciplinaire comprenant au moins un médecin coordonnateur dans les conditions prévues aux articles D. 312-156 à D. 312-159-1, un professionnel infirmier titulaire du diplôme d'Etat, des aides-soignants, des aides médico-psychologiques, des accompagnants éducatifs et sociaux et des personnels psycho-éducatifs. »

DECISIONS NOTIFIEES SUITE A L'INSPECTION			CONSTATS REALISES SUITE AU CONTROLE		
Prescriptions notifiées		Textes de référence	Délai de mise en œuvre	Constats effectués lors de la visite de vérification	Statut de la décision (levée ou maintenue)
16	<p>Les équipements médicalisés doivent être stockés dans un lieu sécurisé pour éviter tout risque de chute des résidents et/ou du personnel.</p> <p><i>Thème IGAS : Fonctions support / Bâtiment / N° 2.4.3.7</i></p>	Article L.311-3 du CASF	3 mois, échue le 29/12/2022	<p>Injonction engagée mais non aboutie.</p> <p>Un projet de plan d'actions a donné lieu à ce jour à deux réunions préliminaires récentes (10 et 21 mars 2023) avec les personnels.</p> <p>Mais la suite donnée par la direction de l'EHPAD et l'OG n'est pas donnée à ce jour..</p>	<p>Injonction requalifiée en prescription.</p> <p>Il est attendu la transmission du plan d'actions mentionné dans le compte rendu émanant du service santé au travail de l'OG.</p> <p>Délai de mise en œuvre : 2 mois</p>

Recommandations émises		Référence s	Constats effectués lors de la visite de vérification	Niveau de mise en œuvre (atteint / non atteint/ partiellement atteint)
1	<p>Une démarche continue d'amélioration de la qualité des prestations assurées devrait être organisée avec l'appui du siège gestionnaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Désignation formelle d'un référent qualité au sein de l'EHPAD et d'une instance de suivi,</li> <li>- Organisation de la gestion et l'analyse des risques (RETEX, revues de mortalité et de morbidité),</li> <li>- Suivi du plan d'actions 2019-2022, des fiches actions du PE 2021-2026 et des réclamations et EI.</li> </ul> <p><i>Thème IGAS : Gouvernance / Gestion de la qualité / N° 1.4.1.7</i></p>		<p><b>Recommandation non satisfaite.</b></p> <p>Au niveau de l'EHPAD, absence de déclinaison d'une démarche continue d'amélioration de la qualité qui soit formalisée. Le document portant « résultat de l'enquête de satisfaction » remis à la mission est très peu lisible.</p>	Recommandation maintenue car non satisfaite
2	<p>Le fonctionnement du PASA devrait être rétabli.</p> <p><i>Thème IGAS : Prise en charge / Vie quotidienne - Hébergement / N° 3.4.2.1</i></p>	<p>Protocole sanitaire du Ministère de la santé « Retour au droit commun dans les établissements accueillant des personnes âgées et des personnes en situation de handicap » diffusé le 10 août 2021</p>	<p><b>Recommandation satisfaite.</b></p> <p>Le PASA, ré-ouvert depuis le 20 février 2023 ; il s'adresse, selon la liste des résidents établie au 24/02/2023, à █ résidents répartis en █ groupes à raison de █/semaine pour deux groupes et █/semaine pour le 3<sup>ème</sup> groupe.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un personnel dédié et qualifié (█ ASG et █ APA) ;</li> <li>- une salle aménagée (mobilier et cuisine adaptés) ;</li> <li>- une commission pluridisciplinaire (psychologue, MEDEC, IDEC et APA) s'appuie sur des critères notamment médicaux pour constituer des groupes homogènes de résidents.</li> </ul>	<p><b>Recommandation levée</b></p> <p>Cependant, si le programme d'activités du PASA concerne un 1/3 des résidents, il n'a pas été remis à la mission de programme des activités organisées à l'attention des résidents qui ne participent pas au PASA ainsi que durant les WE.</p>

Recommandations émises		Référence s	Constats effectués lors de la visite de vérification	Niveau de mise en œuvre (atteint / non atteint/ partiellement atteint)
3	<p>La direction de l'EHPAD devrait mettre en place un cahier de doléances à l'entrée de l'EHPAD à disposition des familles et visiteurs.</p> <p>Un référent du projet de vie devrait être identifié pour chaque résident.</p> <p>La direction devrait formaliser et diffuser auprès des salariés une procédure de recueil des réclamations et des plaintes des usagers ainsi qu'une charte favorisant la déclaration des EI et procéder à un retour d'analyse de ces EI aux équipes.</p> <p>La fiche de procédure EI devrait être corrigée des bonnes adresses mail : « <a href="mailto:maltraitance@seinesaintdenis.fr">maltraitance@seinesaintdenis.fr</a> » pour le CD 93 et « <a href="mailto:ars75-alerte@ars.sante.fr">ars75-alerte@ars.sante.fr</a> » pour l'ARS.</p> <p><i>Thème IGAS : Gouvernance / Gestion des risques / N° 1.5.1.1</i></p>		<p><b>Recommandation satisfaite.</b></p> <p>Le cahier de doléances est mis en place et fait l'objet d'un relevé hebdomadaire destiné à la direction.</p> <p>La psychologue de l'EHPAD coordonne l'élaboration des projets de vie individualisés ; chaque résident dispose d'un référent PVI.</p> <p>Les professionnels ont été formés au logiciel dédié aux réclamations, évènements indésirables (EI) ou demandes d'intervention technique. Des comptes rendus de réunions institutionnelles font état de la suite donnée à des EI. La fiche de procédure EI a été rectifiée.</p> <p>La mission relève que si la composition du CVS a été récemment actualisée par la désignation des représentants des familles le 7/03/2023, les dates de réunion de cette instance en 2023 ne sont pas programmées.</p>	<p>Recommandation levée</p> <p>Toutefois, l'organisation des réunions du CVS devrait être planifiée pour l'année 2023.</p>
4	<p>Le logo du gestionnaire Coallia sur l'affiche relative au programme d'écoute pour les salariés devrait être ôté car cela prête à confusion et peut dissuader les salariés d'y avoir recours. Le lien entre le service prestataire Stimulus et le gestionnaire Coallia devrait être explicitement indiqué.</p> <p><i>Thème IGAS : Gouvernance / Management et stratégie/ N° 1.2.2.3</i></p>		<p><b>Recommandation satisfaite.</b></p> <p>L'affiche n'est plus présente dans les parties communes aux agents (salle de pause).</p>	Recommandation levée

Recommandations émises		Référence s	Constats effectués lors de la visite de vérification	Niveau de mise en œuvre (atteint / non atteint/ partiellement atteint)
5	<p>Le certificat ISO 9001 « LRQA » affiché, caduc depuis 2017, devrait être retiré des panneaux d'affichage.</p> <p><i>Thème IGAS : Gouvernance / Gestion de la qualité / N° 1.4.2.2</i></p>		<p><b>Recommandation satisfaite.</b></p> <p>Le certificat n'est plus affiché.</p>	Recommandation levée
6	<p>La direction de l'établissement devrait mettre en place :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un protocole et/ou une formalisation de l'intervention de la psychologue auprès des salariés ;</li> <li>- un groupe d'analyse des pratiques par un superviseur externe à destination des salariés,</li> <li>- une démarche périodique d'évaluation des pratiques professionnelles des salariés titulaires et vacataires.</li> </ul> <p><i>Thème IGAS : Gouvernance / Gestion de la qualité / N° 1.4.2.2</i></p>		<p><b>Recommandation satisfaite.</b></p> <p>Des groupes de parole sont proposés aux salariés avec une psychologue extérieure, ainsi que des séances de sophrologie.</p>	Recommandation levée
7	<p>Le document unique d'évaluation des risques professionnels devrait être mis à jour.</p> <p><i>Thème IGAS : Fonctions support / Bâtiments / N° 2.4.3.9</i></p>		<p><b>Recommandation non satisfaite.</b></p> <p>Le jour de l'inspection, le DUER n'a pas été présenté à la mission.</p>	Recommandation maintenue
8	<p>En ce qui concerne l'organisation de la sécurité bâtimentaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le registre d'accessibilité devrait être mis en place ;</li> </ul>		<p><b>Recommandation très partiellement satisfaite :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les extincteurs ont été vérifiés ;</li> </ul>	<p>Recommandation maintenue</p> <p>s'agissant des points suivants :</p>

Recommandations émises		Référence s	Constats effectués lors de la visite de vérification	Niveau de mise en œuvre (atteint / non atteint/ partiellement atteint)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un protocole d'évacuation devrait être rédigé ;</li> <li>- Un compte rendu de l'exercice d'évacuation du 10 novembre 2021 devrait être rédigé et inséré dans le registre de sécurité incendie ;</li> <li>- Les plans d'évacuation devraient être mis à jour ;</li> <li>- Les extincteurs devraient être vérifiés ;</li> <li>- Certains blocs autonomes d'éclairage de sécurité (BAES) devraient être repositionnés ;</li> <li>- La porte coupe-feu entre la salle de restauration et la cuisine devrait être mise sur ventouse.</li> </ul> <p><i>Thème IGAS : Fonctions support / Sécurités / N° 2.5.0.0</i></p>		<p><b>Mais les points suivants ne sont pas satisfaisants :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le registre de sécurité incendie est présenté. Il est complété des dates d'intervention. Les documents ne sont pas tous joints en annexe. ;</li> <li>- Le registre d'accessibilité n'est pas mis en place ;</li> <li>- Il n'est pas rédigé de protocole d'évacuation ;</li> <li>- Le compte rendu de l'exercice d'évacuation du 10/11/2021 n'est pas rédigé pour être inséré dans le registre de sécurité incendie ;</li> <li>- Les plans d'évacuation ne sont pas mis à jour ;</li> <li>- Certains BAES sont à repositionner ;</li> <li>- La porte coupe-feu entre la salle de restauration et la cuisine est bloquée par une cale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La rédaction d'un protocole d'évacuation ;</li> <li><b>Délai de mise en œuvre : 8 jours et dans l'attente mesures conservatoires.</b></li> <li>- La complétude du registre de sécurité incendie ;</li> <li>- La mise en place du registre d'accessibilité ;</li> <li>- La rédaction du compte rendu de l'exercice d'évacuation du 10/11/2021 et son insertion dans le registre de sécurité incendie ;</li> <li>- La mise à jour des plans d'évacuation ;</li> <li>- Le repositionnement de certains BAES ;</li> <li>- Etudier la compatibilité du maintien en position ouverte de la porte et de la sécurité incendie.</li> </ul> <p><b>Délai de mise en œuvre : 1 mois</b></p>
9	<p>Concernant la sécurité du bâtiment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La direction devrait faire procéder à l'analyse annuelle de légionnelle et de potabilité de l'eau ;</li> <li>- Les contrôles périodiques des installations électriques, de gaz, de ventilation et des moyens de secours doivent être réalisés annuellement et semi annuellement pour les portes et portails automatiques. Les périodicités ont été respectées cette dernière année.</li> </ul>		<p><b>Recommandation partiellement satisfait.</b></p> <p><b>Point satisfait :</b></p> <p>-Les contrôles périodiques des installations électriques, de gaz, de ventilation et des moyens de secours doivent être réalisés annuellement et semi annuellement pour les portes et portails automatiques. Les périodicités ont été respectées cette dernière année.</p> <p><b>Point partiellement satisfait :</b></p>	<p><b>Recommandation maintenue concernant les points suivants :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La direction devrait faire procéder à l'analyse annuelle de légionnelle et de potabilité de l'eau ;</li> <li>- Les observations des contrôles périodiques ou de la commission de sécurité devraient être levées.</li> </ul>

<b>Recommandations émises</b>		<b>Référence s</b>	<b>Constats effectués lors de la visite de vérification</b>	<b>Niveau de mise en œuvre (atteint / non atteint/ partiellement atteint)</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>semi annuellement pour les portes et portails automatiques ;</li> <li>Le diagnostic amiante (DTA) devrait être réalisé.</li> </ul> <p><i>Thème IGAS : Fonctions support / Bâtiments / N° 2.4.1.0</i></p>		<p>-De nombreuses observations, des contrôles périodiques ou de la commission de sécurité, parfois anciennes, ne sont pas levées. Lorsqu'elle est réalisée, la levée des observations des rapports des contrôles périodiques et des prescriptions de la commission de sécurité est prise en compte dans le e-carnet, (carnet de dématérialisation mis en place). Les attestations de levée y sont intégrées.</p> <p><b>Les points suivants ne sont pas satisfaits :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Il n'y a pas d'analyse de légionnelle ni de potabilité de l'eau.</li> <li>-Le DTA a été réalisé en 2014. Il mentionne qu'il n'y a pas à mettre en place d'évaluation périodique des matériaux de la liste A et B. une mise à jour doit être réalisée.</li> </ul>	<p>- Le diagnostic amiante (DTA) devrait être réalisé.</p> <p><b>Délai de mise en œuvre : 1 mois</b></p>
10	<p>Les plans de prévention et des protocoles de chargement/déchargement avec les entreprises prestataires dans les établissements devraient être complétés des spécificités du site et de la nature précise et du lieu des travaux. Le plan de prévention devrait être signé par le chef d'établissement, l'entreprise et l'initiateur des travaux.</p> <p><i>Thème IGAS : Fonctions support / Sécurités / N° 2.5.0.0</i></p>		<p><b>Recommandation partiellement satisfaite :</b></p> <p>Les plans de prévention et protocoles de chargement/déchargement ne sont pas complétés localement ni signés du responsable du site, de l'entreprise prestataire et de l'initiateur des travaux.</p>	<p><b>Recommandation maintenue :</b></p> <p>Les plans de prévention et protocoles de chargement / déchargement devraient être complétés et signés du responsable du site, de l'entreprise prestataire et de l'initiateur des travaux.</p> <p>La charte d'intervention et la procédure d'accueil des entreprises devraient être transmis.</p> <p><b>Délai de mise en œuvre : 1 mois</b></p>
11	<p>Formation des agents :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La formation à la sécurité des agents devrait être réalisée et tracée ;</li> <li>- La formation HACCP devrait être suivie par les agents concernés.</li> <li>- <i>Thème IGAS : Fonctions support / Sécurités / N° 2.5.2.0</i></li> </ul>		<p><b>Recommandation partiellement satisfaite :</b></p> <p>Les EPI et vêtements de travail sont fournis et la procédure de renouvellement établie.</p> <p>Des formations aux maniements des extincteurs sont réalisées et suivies. La formation HACCP a été suivie par les agents concernés.</p> <p>Mais la formation à la sécurité des agents n'est pas réalisée et tracée.</p>	<p><b>Recommandation maintenue</b> concernant la formation à la sécurité des agents ; elle devrait être réalisée et tracée.</p> <p><b>Délai de mise en œuvre : 1 mois</b></p>

Recommandations émises		Référence s	Constats effectués lors de la visite de vérification	Niveau de mise en œuvre (atteint / non atteint/ partiellement atteint)
12	<p>Sur l'état bâtimenteraire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les peintures devraient être rénovées.</li> <li>- Le système de ventilation devrait être vérifié et entretenu régulièrement.</li> <li>- L'échelle à crinoline devrait être équipée d'un système empêchant l'accès.</li> <li>- Les escaliers de secours sont recouverts de peinture qui peut se révéler glissante en cas d'évacuation par temps de pluie. Il conviendrait de prévoir un revêtement et des nez de marches anti dérapant des marches.</li> </ul> <p><i>Thème IGAS : Fonctions support / Sécurités / N° 2.5.0.0</i></p>		<p><b>Recommandation partiellement satisfaite :</b></p> <p>-La ventilation fonctionne dans des locaux de rangement ménage et certains sanitaires.</p> <p><b>Recommandation non satisfaite sur les points suivants :</b></p> <p>- La rénovation des peintures est prévue au programme de rénovation en cours d'élaboration ;  - L'échelle à crinoline n'est pas équipée d'un système empêchant l'accès ;  - Les escaliers de secours ne sont pas revêtus d'un revêtement de nez de marche anti dérapants.</p>	<p><b>Recommandation maintenue concernant :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La sécurisation de l'accès à l'échelle à crinoline ;</li> </ul> <p><b>Délai de mise en œuvre : 1 mois/</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La rénovation des peintures ;</li> <li>- La sécurisation des escaliers de secours.</li> </ul> <p><b>Délai de mise en œuvre : 6 mois.</b></p>