

Agence Régionale de Santé
Délégation départementale de Paris

Affaire suivie par : Jérôme Feydel

Courriel : [REDACTED]

Téléphone : [REDACTED]

Ville de Paris
Direction des solidarités
Sous-direction de l'autonomie

Affaire suivie par Cassandra Rochette

Courriel : [REDACTED]

Tel : [REDACTED]

[REDACTED]
Directeur Général
IROISE BELLEVIE
18 rue du Pont de l'Arche
37 550 Saint Avertin

Saint-Denis, le

Lettre recommandée avec AR
N°

Monsieur Le Directeur Général,

Une inspection conjointe menée par l'Agence de santé Ile-de-France (ARS IDF) et la Ville de Paris a eu lieu de manière inopinée au sein de l'EHPAD « Les Jardins d'Iroise » (n° FINESS 750828824, sis au 19 bis rue Domremy, 75013 Paris, diligentée sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), à partir du 7 novembre 2022.

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 28 mars 2023 le rapport que nous a remis la mission d'inspection, ainsi que neuf injonctions, quinze prescriptions et dix-sept recommandations que nous envisagions de vous notifier.

Vous nous avez transmis le 4 mai 2023 des éléments de réponse détaillés, ce dont nous vous remercions.

Nous notons que sur plusieurs thématiques, vous avez mis en place des actions permettant de lever deux injonctions huit prescriptions et dix recommandations concernant notamment :

- Le circuit du médicament
- La confidentialité des données
- Le suivi RH

Après examen de votre réponse, au regard des éléments de réponse que vous avez apportés, nous vous notifions donc à titre définitif sept injonctions, sept prescriptions et sept recommandations que vous trouverez en annexe au présent courrier.

Nous appelons votre attention sur la nécessité de transmettre à la Délégation départementale de Paris de l'ARS IDF et à la Ville de Paris les éléments de preuve documentaire permettant la levée définitive de ces décisions.

Nous vous rappelons que l'absence de mise en œuvre, dans le délai imparti, des mesures correctrices enjointes peut être sanctionnée par application des dispositions des articles L. 313-14 et L.313-16 du code de l'action sociale et des familles par la mise en œuvre de sanctions financières, la mise sous administration provisoire ou la suspension, la cessation ou la fermeture, totale ou partielle, de l'activité de l'établissement.

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

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

Pour La Directrice générale
de l'Agence régionale de santé
d'Ile-de-France
et par délégation

Le Directeur de la Délégation départementale de
Paris



Tanguy BOBIN

Pour la Maire de Paris et par délégation,

La directrice des Solidarités



Jeanne SEBAN



Copie :

Directrice
Résidence les Jardins d'Iroise
19 bis rue de Domrémy
75013 PARIS



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



Annexe : Décisions prises dans le cadre de l'inspection réalisée à partir du 7 novembre 2022 au sein de l'EHPAD Les Jardins d'Iroise (n°FINESS ET 750828824), 75013 PARIS

N°	Injonctions envisagées	Texte de référence	Réf. rapport	Délai de mise en œuvre	Réponse apportée par l'ESMS	Décision au terme de la procédure contradictoire
1	L'établissement doit disposer d'un projet d'établissement valide conformément à l'article L. 311-8 du CASF	L.311-8 du CASF	Ecart n°1, p.9 : En ne disposant pas d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.p.9	1 an	Mise en place de réunions (retroplanning) pour avancer sur le projet d'établissement avec les équipes.	Injonction maintenue dans l'attente de la réception du projet d'établissement.
2	Le personnel doit être régulièrement formé aux gestes de premiers secours	L.311-3 1° et 3° du CASF.	Ecart n°3, p.17 : L'absence des diplômes qualifiants ainsi que de l'AGFSU dans leur dossier administratif ne permet pas de s'assurer de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des résidents, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1° et 3° du CASF. Remarque n°17, p.52 : l'IDE présente le jour de la visite, n'est pas à jour de sa formation aux gestes de premier secours.	6 mois	C'est à chaque professionnel soignant de s'assurer qu'il est toujours en mesure d'avoir la validité de sa formation. Afin de permettre au personnel non-soignant de connaître les gestes de premiers secours, nous organisons chaque année une formation PSC1 que nous prenons en charge. Celle-ci est réalisée par la Croix-Rouge auprès de 10 salariés. Cette formation est bien inscrite dans le plan de formation. En 2022, 10 salariés ont été formés. Mise à jour des dossiers du personnel (diplômes qualifiants) en cours.	Injonction maintenue. Il appartient à la structure de veiller à la validité/mise à jour de la formation aux gestes de premiers secours pour chaque salarié.
3	Réaliser sans délai les entretiens prévus pour assurer la maintenance des espaces extérieurs. En attendant, ces espaces doivent être condamnés afin qu'aucun résident ne puisse y accéder. Améliorer sans délai le nettoyage des espaces communs et la traçabilité des opérations de nettoyage en appliquant les	L.311-3 et L.311-3-1er du CASF	Ecart n°4, p.30 : L'équipe d'inspection a constaté l'état non entretenu et dégradé des installations, extérieures qui ne permettent pas d'assurer la sécurité des personnes hébergées. Référence : article L.311-3-1er du CASF De plus, beaucoup des locaux intérieurs ne sont pas propres. Les	Immédiat	Sécurisation des espaces extérieurs en cours. Travaux d'aménagement au niveau des dalles, fin des travaux S16. Cendrier vérifié de façon journalière (mise à jour fiche de tâche ménage). Devis en cours pour remplacement du mobilier de jardin (en validation) Demande auprès de la mairie pour un nouveau conteneur supplémentaire pour le stockage des poubelles S16, nous sommes dans l'attente	Injonction maintenue dans l'attente de la fin des aménagements. La structure a débuté les aménagements et les mises en sécurité nécessaires. Les actions de renforcement du bio-nettoyage ne sont pas décrites.

	protocoles et bonnes pratiques d'hygiène et d'entretien.		protocoles d'hygiène, de bionettoyage et d'entretien du matériel ne sont pas suivis dans les sous-sol et le rez-de-chaussée de la résidence. Article L.311-3 du CASF		d'une réponse. Sécurisation de l'armoire extérieure S16 et aménagement pour cacher l'accès au couloir extérieur. Idée d'un chalet de rangement pour les « encombrants » ajouté au CAPEX 2024. En attendant, nous avons rangé l'espace. Changement des dalles de plafonds effectuées. Nettoyage intensif S15-16 de l'espace vestiaire. Rajout d'un planning de nettoyage pour la lingère. Figure 17/22/13 travaux réalisés S16 Les tables sont désormais dressées nappées. Dernier audit nettoyage [REDACTED] 17/01/2023, plan d'action et réunion de sensibilisation avec les équipes. Figure 27 : les espaces placards ont tous été transformé en bibliothèque. Mise en place des classeurs de traçabilité et suivis des maitresses de maison.	
4	La sortie de secours du 4e étage doit être accessible	R.143-4 du code de la construction et de l'habitation	Ecart n° 6, p.32 : La sortie de secours n'est pas accessible, ce qui contrevient à l'article R.143-4 du code de la construction et de l'habitation.	Immédiat	Agencement revu pour toujours laisser l'accès libre. Capex 2024 : relier les portes de secours au SSI et au DECT, devis en cours. De façon immédiate, système d'alarme conservatoire pour le 4ème étage.	Injonction maintenue dans l'attente de la fin des aménagements.
5	La direction doit présenter une analyse des EI et des EIG au CVS	R.331-10 du CASF	Ecart n°10, p.42 : En ne présentant pas d'analyse des événements indésirables au Conseil de la vie sociale, la direction de l'établissement ne respecte pas l'article R.331-10 du CASF	3 mois	Prochain CVS prévu en mai avec les élus. L'analyse des EI et des EIG sera présentée à ce moment-là. Réunion d'analyse avec le COPIL prévue début mai pour préparation du CVS.	Injonction maintenue en l'absence d'éléments justificatifs (ordre du jour, documents préparatoires...).
6	L'établissement doit organiser l'évaluation externe	L.312-8 et D.312-204 du CASF	Ecart n°11, p.42 : L'établissement n'a pas de démarche d'amélioration continue de la qualité. Le dernier rapport d'évaluation externe a été établi il y a plus de 5 ans, ce qui contrevient aux articles L.312-8 et D.312-204 du CASF.	Immédiat	Nous allons élaborer le plan d'action qualité (PAQ) à l'aide du référentiel HAS et finir de mettre à jour le projet d'établissement et réaliser ensuite l'évaluation externe. Nous demandons un report de 12 mois afin de mener les actions avec ordre et méthode.	Injonction maintenue. La structure devra respecter le calendrier d'évaluation transmis par les autorités.

7	La direction doit conduire une politique globale de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance (par ex. : plan de développement des compétences, auto-évaluation, désignation d'un référent, groupe d'analyse des pratiques).	L.311-8 et L.311-3	Ecart n°12, p.43 : L'établissement n'a pas de politique formalisée de promotion de la bientraitance, ce qui ne permet pas de garantir une bonne sensibilisation des professionnels à ces thématiques.	1 an	La formation bientraitance a eu lieu le 17/18 avril 2023 (psychomotricienne, maîtresse de maison, aide-soignante jour et nuit...) Sur 2022 plusieurs corps de métier ont également déjà été formés (psychologue, médecin coordonnateur, animatrice, aide-soignante, agent de service hôtelier). Le livret d'accueil va être mis à jour pour sensibiliser sur ces points. Le projet d'établissement en cours mentionnera la notion de maltraitance et bientraitance. Un protocole de bientraitance a été réalisé. Tous les protocoles sont disponibles dans un classeur dans le poste de soin. Une charte Bientraitance est également en place de façon nationale avec le groupe. E100tiels Bientraitance : critères propres à l'entreprise qui nous permettent de garantir une prestation et une prise en charge de qualité. Nous avons dans les E100tiels Bientraitance 10 points mentionnés. La procédure de dépôt des déclarations a été revue avec l'IDEC.	Injonction levée. Cependant, il conviendrait d'inclure dans les documents la définition de l'article L119-1 du CASF.
8	Il convient de veiller à la déclaration systématique des EIG à l'ARS et à la Ville de Paris	L.331-8-1 du CASF	Ecart n°13 p.44 : Si les EIG sont pour la plupart déclarés à l'ARS, ils ne le sont pas à la Ville de Paris, ce qui contrevient à l'obligation de déclaration posée par l'article L.331-8-1 du CASF.	Immédiat	Injonction maintenue. Il convient d'indiquer pour chaque EIG/EIGS les coordonnées de l'ARS et de la Ville de Paris. L'obligation de déclaration aux deux autorités s'impose à l'établissement. Il convient également de préciser les critères de gravité dans les nature de dysfonctionnements 4, 7 et 9.	

9	L'identité vigilance doit être renforcée par l'adjonction de traits d'identité supplémentaires : Prénom, DDN et photo du résident sur les piluliers et casiers médicaments des résidents, de manière à garantir la sécurité du circuit du médicament. La mission préconise de renforcer la sécurisation du chariot de médicaments, afin d'en sécuriser l'accès lors de la distribution des médicaments. Inscrire systématiquement les dates d'ouverture et de péremption sur les flacons/ produits de santé ouverts. le stock tampon doit être établi et validé en lien avec l'officine et le médecin coordonnateur de l'établissement. Le stock tampon de produits de santé doit faire l'objet d'une vérification régulière des dates de péremption. Mettre en place un inventaire des toxiques et une vérification régulière du stock.	L.311-3 et L.311-3 1° du CASF D312-158 13° du CASF R4312-38 du CSP R5132-36 du CSP Guide HAS « Outils de sécurisation et d'évaluation de l'administration des médicaments » de mai 2013 : règle des 5B	Ecart n°24 p.58 : La mission constate de nombreuses insécurités dans le circuit du médicament de par les manquements suivants : - Les traits d'identité présents sur les piluliers, qui ne permettent pas de garantir l'identité de la personne, lors de la préparation et de la délivrance des médicaments aux résidents et contrevient à l'article L.311-3 du CASF et au Guide HAS « Outils de sécurisation et d'évaluation de l'administration des médicaments » de mai 2013 : règle des 5B. - Le manque de sécurisation du chariot de distribution des médicaments qui constitue un risque pour la sécurité des résidents lors de leur distribution, ce qui contrevient à l'article L.311-3 1° du CASF. - La présence de flacons ouverts sans indication des dates d'ouverture et de péremption, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF. - Le stock tampon qui ne fait pas l'objet d'une procédure établie à partir des besoins spécifiques de la structure, ce qui contrevient à l'article D312-158 13° du CASF (mission MedCo en cas d'urgence). - La présence de médicaments périmés au sein du stock tampon qui met en jeu la sécurité de la prise en charge des résidents, et qui ne répond pas aux dispositions de l'article R4312-38 du CSP. - Le manque d'inventaire des produits toxiques qui ne permet pas de garantir un bon état du stock, ce qui n'est pas conforme à l'article R5132-36 du CSP (entrée et sortie des stupéfiants).	Immédiat	Le chariot de distribution de médicaments a été rangé, il n'y a plus aucun traitement rangé à l'extérieur du chariot et donc facilement accessible. Le chariot est fermé à clé lors de la distribution s'il n'est pas sous la surveillance de l'IDE. Chaque boîte contenant les rouleaux de traitement a été identifiée avec par résident : Nom / Prénom / Date de naissance / Photo / Numéro de chambre. Nous avons créé une procédure pour le stock tampon et commandé un carnet à souche pour la gestion des stupéfiants.	Injonction levée.
---	--	--	--	----------	---	-------------------

N°	Prescriptions envisagées	Texte de référence	Ref. rapport	Délai de mise en œuvre	Réponse apportée par l'ESMS	Décision au terme de la procédure contradictoire
1	Procéder au recrutement d'AS et AES diplômés afin d'assurer une prise en charge de qualité et sécurisée des usagers. L'ASH faisant fonction d'AS et figurant comme telle sur la liste du personnel en CDI devrait suivre une formation d'aide-soignante.	L451-1 du CASF	Ecart n°2, p. 14 : La pratique des faisant fonction est interdite, conformément à l'article L.451-1 du CASF.	6 mois	Mise en place du plan de formation 2023. Une Aox est actuellement en VAE AS. Nous avons conscience que la fonction de FFAS n'est pas reconnue comme telle auprès des institutions. En revanche, comme dans de nombreux établissements médico-sociaux, nous rencontrons de réelles difficultés à recruter du personnel soignant diplômé. Nous sommes donc contraints afin d'assurer et de garantir la prise en charge des résidents de confier certaines missions de soins à des ASH. Nous avons donc élaboré une fiche de poste adaptée à leurs expériences et leurs compétences. De plus, afin de garantir et de valoriser les compétences du personnel, nous mettons en place un passeport de formation Iroise à destination des ASH FFAS. L'objectif à travers ce programme est de pouvoir certifier d'une évaluation faite en interne par l'IDEC et le Med Co les compétences du personnel qui prend en charge les résidents.	Prescription maintenue. Le plan de formation devrait être plus ambitieux en termes de VAE. De plus, les ASH ne peuvent pas faire fonction d'AS.
2	La direction se doit de sensibiliser les professionnels de l'établissement aux temps de réponse aux sonnettes afin de le réduire et ainsi améliorer la prise en charge des résidents.	L.311-3 du CASF	Ecart n°5 p.30: Les temps de réponse aux appels malade sont excessivement longs et peuvent être source de maltraitance ou de mise en danger des résidents. Article L.311-3 du CASF	Immédiat	Nous organisons régulièrement des petites formations en interne sur l'utilisation des appels malades pour les 2 équipes. Un tour complet de l'établissement et du fonctionnement des sonnettes a été réalisé S16. réglage des défauts de fonctionnement S16/S17/S18.	Prescription maintenue. La structure doit pouvoir fournir les éléments justificatifs du bon fonctionnement des papels malade et de la sensibilisation des équipes, ainsi que la preuve de l'amélioration du temps de réponse.
3	Raccorder l'établissement à un groupe électrogène	R732-15 du code de la sécurité intérieure.	Ecart n°7, p.32 : L'établissement n'a pas de groupe électrogène, ce qui contrevient à l'article R732-15 du code de la sécurité intérieure.	1 mois	Etude à mener pour installation d'un inverseur normal/secours et d'un contrat de réserve de puissance auprès d'un fournisseur de groupes électrogènes mobiles. Nous demandons un report afin de mener à bien cette étude.	Prescription maintenue dans l'attente de la mise en œuvre.

4	Les protocoles et bonnes pratiques d'hygiène et de conservation des denrées alimentaires doivent être appliqués au sein de l'EHPAD.	L311-3 1° CASF "Réfrigérateur et hygiène des aliments"- ANSES-2016 "Sécurité sanitaire des aliments : tout sur la chaîne du froid"- Ministère agriculture et alimentation-2021	Ecart n°8, p.37 : Les plats ne peuvent être maintenus à la température requise du fait de l'absence de chariots en capacité de le faire. Une eau gélifiée sans DLC était conservée dans le réfrigérateur de l'office du 4°, avec un morceau de tarte sans emballage. Cet office n'était pas fermé à clé, ce qui contrevient aux règles HACCP. Les professionnels de l'établissement ne sont pas sensibles à séparer les produits d'hygiène, du repas.	Immédiat	Un bain-marie GEN 1.1 a été installé au 4ème étage, unité de vie protégée (maintien en température des bacs gastros). Traçabilité du nettoyage et vérification des produits du frigo affichée et sensibilisation des équipes sur le rangement de l'office pour séparer les produits d'hygiène du repas.	Prescription levée.
5	L'établissement doit sécuriser l'accès aux données personnelles et médicales des résidents et des salariés	L. 311-3 4° CASF (confidentialité des infos concernant le résident) L311-3 du CASF L1110.4 du CSP	Ecart n°9, p.41 : L'établissement ne garantit pas la confidentialité de données individuelles en entreposant dans des placards ouverts les archives de dossiers de personnel et des résidents et en affichant des informations personnelles dans un local non fermé à clé, contrevenant ainsi à l'article 311-3 4° du CASF et le code du travail. Ecart n°21 p.54 : L'accès non sécurisé aux dossiers des résidents en version papier ne permet pas de garantir la confidentialité des informations médicales individuelles des résidents et contrevient à l'article L311-3 du CASF et aux dispositions de l'article L1110.4 du CSP.	Immédiat	Le placard au 3ème étage ne contient que des fournitures de bureau. Le placard au 5ème étage a été sécurisé par un cadenas. Figure 38 : le placard a été vidé. Le placard des dossiers médicaux dans le bureau IDEC/MEDEC a été sécurisé avec une clé.	Prescription levée.
6	L'ensemble des bilans, objectifs de soins et interventions des masseurs-kinésithérapeutes et de l'orthophoniste, doivent faire l'objet d'une traçabilité rigoureuse dans les dossiers de soin des résidents.	R. 4321-91 du CSP.	Ecart n°14 p.46 : La mission constate une absence de traçabilité notamment pour : - Les bilans, objectifs de soins et interventions des masseurs-kinésithérapeutes ; - Les interventions de l'orthophoniste. Ce qui nuit à la qualité du suivi	3 mois	Cette prescription a été vue en partie avec le lancement de la coupe Pathos pour 2023. Réunion pour sensibiliser à nouveau les libéraux qui interviennent prévue dans les prochains mois.	Prescription maintenue en l'absence d'éléments justificatifs (traçabilité réalisée).

			des résidents et contrevient aux dispositions de l'article R. 4321-91 du CSP		6 mois	Recrutement de 2 IDE en CDI et une IDE fixe vacataire pour le 3ème ETP IDE. Il y a eu une amélioration du taux d'encadrement du soin.	Prescription levée.
7	L'établissement doit mettre en œuvre toutes les dispositions lui permettant de recruter au moins une IDE en CDI, afin d'assurer une prise en charge de qualité et sécurisée des résidents.	L311-3 1° du CASF.	Ecart n°15 p.46 : Le manque d'IDE ne permet pas une organisation optimale du travail, impacte la sécurité et la qualité de la prise en charge des usagers et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1° du CASF Remarque n° 5, p.14 : Le taux d'encadrement des résidents par les IDE est insuffisant				
8	Le relevé des poids doit être effectué au minimum mensuellement pour tous les résidents et accompagné d'une gestion rigoureuse des situations d'alerte.	L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité).	Ecart n°16 p.49 : Le relevé mensuel des poids n'est pas réalisé systématiquement pour tous les résidents et contrevient à l'article L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité).	Immédiat		Les poids sont actuellement relevés chaque mois. Afin d'avoir une courbe de poids plus fiable pour tous les résidents, nous allons prévoir l'achat d'une chaise de pesée et d'un peson avec la validation du siège.	Prescription maintenue en l'absence d'éléments justificatifs (relevé mensuel des pesées à fournir)
9	L'établissement doit veiller au bon fonctionnement de l'outil de traçage des soins d'hygiène des résidents.	Arrêté du 10 juin 2021	Ecart n°17 p.50 : Les soins d'hygiène ne sont pas tracés sur l'outil de traçage étant non fonctionnel depuis plusieurs mois, selon les dires du personnel présent ce qui contrevient à l'arrêté du 10 juin 2021 et pénalise la continuité des soins et des activités de soins.	1 mois		La traçabilité des soins est bien réalisée soit avec la zapette soit directement sur le logiciel dans « plan de soins ». Une formation à également lieu le 31/05 sur les « transmissions ciblées », un plus dans le suivi de cette prescription.	Prescription maintenue en l'absence d'éléments justifiant le bon fonctionnement de l'outil de traçabilité.
10	Le consentement de la famille ou de l'ayant droit doit être recueilli systématiquement et son accord doit être versé dans le dossier du résident.	R.311-0-7 du CASF Annexe 3-9-1 du décret n° 2016-1743 du 15 décembre 2016	Ecart n°18 p.52 : Contrevenant à l'article R.311-0-7 du CASF, l'annexe au contrat de séjour des résidents sous contention ne mentionne pas les modalités de décision et de mise en œuvre de la contention (selon le modèle figurant dans l'annexe 3-9-1 du décret n° 2016-1743 du 15 décembre 2016).	1 mois		Cet écart est en train d'être rajouter au contrat de séjour.	Prescription maintenue en l'absence d'éléments justificatifs (contrats de séjour à fournir).
11	L'établissement doit mettre en place un circuit de sauvegarde informatique pour l'accès au DLU en cas de panne informatique.	L311-3 3° du CASF (PEC et accompagnement de qualité).	Ecart n°19 p.52 : L'absence de circuit de sauvegarde des DLU, ou de sortie papier organisée ne permet pas de garantir la continuité des soins en cas de panne informatique et contrevient	1 mois		Les DLU sont téléchargés automatiquement tous les jours sur l'ordinateur de l'IDE depuis la S17. Mensuellement, tous les DLU sont imprimés et rangés dans un classeur dans le bureau IDE. Une procédure a été réalisée.	Prescription levée.

12	Les résidents doivent faire l'objet d'une évaluation multidimensionnelle à l'entrée et en suivi. Celles-ci doivent être tracées dans le dossier du résident. Une évaluation systématique de la douleur à l'aide d'outils d'évaluation devrait être effective. Le MedCo doit s'assurer de l'effectivité du dépistage des troubles de la déglutition chez tous les résidents.	D312-158, 4° du CASF L1110-5. L1112-4 et R4311-2 5° du CSP L311-3 1° du CASF	à l'article L311-3 3° du CASF (PEC et accompagnement de qualité).	Immédiat	Nous avons élaboré une procédure d'admission d'un résident et une procédure d'analyse multidimensionnelle à mettre en place dès la prochaine entrée afin d'harmoniser nos pratiques.	Prescription levée. L'équipe d'inspection viendra vérifier l'effectivité de la procédure.
13	L'établissement doit disposer d'une convention à jour avec sa pharmacie d'officine partenaire. La direction doit mettre en place une convention de partenariat avec un établissement de santé, pour la prise en charge des urgences. La direction doit formaliser par convention les partenariats qu'elle entretient avec ses partenaires conformément.	L. 5126-6-1 du CSP Arrêté du 7 juillet 2005 L312-7 et L314-12 du CASF	Ecart n°20 p.52 : Il est observé un manquement important dans l'évaluation multidimensionnelle réalisée à l'entrée et en suivi, auprès des résidents. (Missions du médecin coordonnateur, article D312-158, 4° du CASF). La mission constate également que les évaluations suivantes ne sont pas suffisamment réalisées ni tracées pour : - La douleur, ce qui contrevient aux dispositions des articles L1110-5, L1112-4 et R4311-2 5° du CSP ; - Les troubles de la déglutition ce qui ne garantit pas la sécurité de la prise en charge alimentaire des résidents, et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1° du CASF. Ecart n°22 p.56 : L'établissement n'a pas transmis à la mission, de convention actant le partenariat avec une pharmacie d'officine, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 5126-6-1 du CSP. Il n'a pas non plus été fourni de convention avec un établissement de santé proche définissant les modalités de coopération, et notamment les modalités d'un échange sur les bonnes pratiques susceptibles de prévenir les hospitalisations ainsi que les règles de transferts en milieu hospitalier lorsqu'ils s'avèrent indispensables. Cahier des charges fixé par arrêté du 7 juillet 2005.	6 mois	Les conventions sont bien en place avec nos différents partenaires.	Prescription levée.

			Par ailleurs, de nombreux partenariats existant au sein de l'établissement, ne sont pas non plus formalisés par des conventions, ce qui contrevient aux articles L312-7 et L314-12 du CASF.			
14	La mallette d'urgence doit être scellée et l'établissement doit assurer le contrôle de son contenu.	D312-158 13° du CASF.	Ecart n°23 p.56 : La mallette d'urgence n'est pas scellée et la présence d'un contrôle régulier n'apparaît pas clairement ce qui contrevient à l'article D312-158 13° du CASF.	Immédiat	Installation de serflex pour rompre rapidement en cas de besoin. Contrôle mensuel de l'IDEC avec traçage.	Prescription levée.
15	Etablir et transmettre la procédure du circuit du médicament au plus tard le 1 juillet 2023. Le MedCo doit veiller à la vérification effective de la conformité des livraisons des produits de santé. Afficher systématiquement la liste des médicaments à ne pas broyer dans les locaux de soins Mettre en place un classeur de procédures à destination du personnel soignant. (Gestion des urgences, CAT en cas de chutes, etc.)	L.311-3 du CASF (sécurité des prises en charge).	Ecart n°25, p.59 : Dans le cadre de la sécurisation du circuit du médicament, les procédures suivantes n'ont pas été présentées à la mission : - L'organisation générale du circuit du médicament ; - La traçabilité de vérification de la conformité de la livraison ; - La liste des médicaments à ne pas broyer. Plus généralement, il n'existe pas de classeur de procédures à disposition des personnels soignants ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF (sécurité des prises en charge).	6 mois	La procédure est à jour.	Prescription levée.

N°	Recommandations envisagées	Réf. rapport	Réponse apportée par l'ESMS	Décision au terme de la procédure contradictoire
1	Réorganiser la fonction accueil et mettre en place une organisation de l'accueil téléphonique permettant d'orienter les appels selon la nature et l'urgence des demandes.	Remarque n°1, p.9 : L'absence d'agent d'accueil mobilise les maîtresses de maison qui ne peuvent garantir de ce fait un bon service hôtelier.	Un choix est possible « accueil, soins, cuisine, portage de repas ». L'accueil téléphonique fait partie de la fiche de poste de la maîtresse de maison.	Recommandation maintenue en l'absence d'éléments justificatifs. Il convient de préciser les missions des agents d'accueil et de maîtresse de maison à travers la rédaction de deux fiches de poste. La mission de gamité d'un bon service hôtelier ne figure pas dans la fiche de poste de la maîtresse de maison.

2	Modifier le contrat de travail du MEDEC afin de le rendre conforme	Remarque n°2, p.9 : Le contrat de travail du MEDEC n'est pas conforme au droit du travail	Le contrat a bien été modifié depuis le 4/11/2022 en CDI 0.5 ETP.	Recommandation levée.
3	Organiser l'astreinte de direction	Remarque n°3, p.9 : Les astreintes de direction ne sont pas organisées. La continuité de direction repose sur l'engagement personnel de la directrice de l'EHPAD.	Numéro unique d'urgence pour joindre un directeur régionale disponible 7/7j et 24h/24h. Ces astreintes ont été mises en place depuis janvier 2023.	Recommandation levée.
4	Veiller aux remplacements de tous les absents	Remarque n°4, p.13 : Le remplacement au jour le jour du personnel absent n'est pas effectif, ce qui peut conduire à un sentiment d'épuisement pour les professionnels présents	La politique de remplacement au sein du groupe est dès lors que nous avons une absence, nous remplaçons. Des difficultés peuvent apparaître quand cela est du jour au lendemain.	Recommandation levée. L'équipe d'inspection viendra vérifier l'effectivité de la procédure.
5	Mettre en place une analyse des pratiques professionnelles	Remarque n°7, p.16 : L'analyse de pratiques professionnelles qui permettrait au personnel de réfléchir autour de sa pratique quotidienne n'est pas effective.	Nous allons commencer à faire des réunions de pratiques professionnelles avec les équipes. Ces réunions seront pilotées par le N+1, à raison d'une réunion tous les trimestres.	Recommandation maintenue, il convient d'organiser ces séances par un tiers extérieur.
6	Faire participer les ASH aux formations sur la prévention de la maltraitance	Remarque n°8, p.16 : Les ASH ne participent pas aux formations portant sur la prévention de la maltraitance.	En 2022, 2 ASH ont été formé à la prévention de la maltraitance En 2023, 3 ASH ont profité de la formation. De plus, nous travaillons sur un support de formation/sensibilisation des équipes qui ne pourraient pas bénéficier de la formation programmée chaque année, pour que les IDEC et Psy puissent assurer la continuité et sensibiliser tous nouveaux personnels arrivants.	Recommandation maintenue en l'absence d'éléments justificatifs.
7	Mettre en place une évaluation annuelle des professionnelles et l'entretien professionnel tous les deux ans.	Remarque n°9, p.17 : L'absence d'évaluation annuelle des professionnels ne facilite pas la mise en place d'un accompagnement par l'encadrement et le suivi du parcours professionnel	Cette remarque est en cours de traitement (retroplanning) sur le mois de mai et juin 2023.	Recommandation levée.
8	Il convient de garantir que chaque dossier comporte bien l'ensemble des pièces nécessaires (pièce d'identité, carte vitale, mutuelle, personne	Remarque n°10, p.18 : Les dossiers administratifs des résidents contiennent des documents médicaux, le contrat de séjour n'est	La fin des vérifications des dossiers résidents est prévue pour septembre. Protocole du classeur résident en place pour	Recommandation levée.

	de confiance, état des lieux, dossier unique d'admission...	pas systématiquement signé par le résident ; les dossiers administratifs ne contiennent pas les documents attendus	les nouveaux entrants avec les documents nécessaires.	
9	La direction devrait formaliser les propositions de collation en soirée aux résidents	Remarque 11, p.37 : En ne sensibilisant pas les professionnels à proposer de façon systématique une collation en soirée aux résidents afin que le jeune nocturne soit inférieur à 12H, l'établissement n'adopte pas une organisation conforme aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS « Qualité de vie en Ehpad, Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne ». Remarque 13 p.47 : Compte tenu de la présence d'une population potentiellement déambulante, une collation nocturne pourrait être prévue conformément aux recommandations de bonnes pratiques de l'HAS « Qualité de vie en EHPAD, Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne ».	Proposition systématique des collations par l'équipe de nuit, cela est noté dans les plans de soins de tous les résidents et rappelé à chaque réunion avec l'équipe de nuit. Procédure formalisée réalisée.	Recommandation levée.
10	La mission recommande la mise en place d'une information claire, concernant les résidents bénéficiant de prescription et/ou de de texture particulière, à l'attention de l'équipe en charge de la distribution des repas.	Remarque n°12, p.47 : La mission n'a pas retrouvé d'information formalisée à destination des AS d'étage, sur les résidents bénéficiant de prescription de régime ou de texture particulière (hachée, mixée).	Les feuilles de texture et régime de l'étage sont mises dans le classeur AS de chaque étage et mises à jour régulièrement par l'IDEC ou IDE. Un cardex global est également affiché au restaurant.	Recommandation levée. Il convient de préciser la régularité de la mise à jour.
11	La mission recommande à l'établissement de mettre en place une procédure de gestion en cas d'alerte dénutrition et organiser des temps d'échange (réunions / comité pluridisciplinaire, CLAN) sur les questions d'alimentation et de dénutrition conformément aux recommandations HAS du 10 novembre 2021.	Remarque n°14 p.49 : La mission constate l'absence de recommandation formalisée à destination des équipes de soin à partir des alertes transmises par le logiciel de soins. Elle note qu'il n'a pas été mis en place de réunion/commission pluridisciplinaire sur les questions de nutrition-dénutrition au sein de l'établissement, ce qui fragilise la prise en charge des résidents.	Procédure « dénutrition » en place. Nous allons réfléchir à la mise en place d'un comité Nutrition/Dénutrition	Recommandation maintenue. Des CLAN (Comité de Liaison de l'Alimentation et de la Nutrition) doivent être programmés tous les trimestres.

12	Un bilan de l'état bucco-dentaire de chaque résident devrait être établi et tracé dans le logiciel TITAN à l'entrée du résident et revu régulièrement.	Remarque n°15 p.50 : Un bilan initial de l'état buccal du résident n'est pas systématiquement versé au dossier médical du résident à son entrée dans la structure.	Nous avons d'ores et déjà quelques contacts afin de mettre en place un partenariat avec un cabinet dentaire. Cette remarque doit être finalisée.	Recommandation maintenue, dans l'attente de la mise en place effective.
13	La mission recommande la mise en place d'une commission chute dans l'établissement.	Remarque n°16 p.51 : Les chutes ne font pas l'objet d'une analyse collégiale au sein de l'établissement.	Nous devons mettre en place cette remarque lors de notre prochaine réunion COPIL prévue fin mai.	Recommandation maintenue, dans l'attente de la mise en place effective.
14	Assurer le compte-rendu des staffs médicaux.	Remarque n°18, p.55 : L'absence de comptes-rendus des staffs médicaux ne permet pas de disposer d'une traçabilité des avis, décisions, et informations issues de ces séances.	Cela a été mis en place depuis le 15/11, le classeur des comptes-rendus est disponible au bureau de l'IDEC. Les staffs médicaux sont également enregistrés dans un dossier de l'ordinateur.	Recommandation levée.
15	Une réflexion doit être menée sur l'intérêt d'organiser les conditions de la pratique de la télé santé au sein de l'établissement.	Remarque n°19 p.55 : L'accès à télé santé n'est pas organisé au sein de l'établissement.	Cette remarque est en cours avec l'ARS et l'hôpital Leopold Bellan. Réunion d'organisation le 25/04/2023.	Recommandation levée.
16	L'obus à oxygène doit faire l'objet d'un dispositif de fixation. Lui permettant d'être amarré dans des conditions de sécurité pour le personnel et pour les résidents.	Remarque n°20, p.57 : L'obus à oxygène est entreposé à même le sol et non amarré	Dispositif de fixation mis en place S16.	Recommandation levée.
17	La mission de contribution à la délivrance médicamenteuse doit être inscrite sur la fiche de poste des AS (délégation de l'IDE) et faire l'objet d'une formation adéquate.	Remarque n°21 p.59 : La mission note que l'équipe d'AS de nuit contribue à la délivrance médicamenteuse. Or cette mission n'apparaît pas dans leur fiche de poste.	La fiche de poste a été mise à jour et les AS de nuit ont été informés. Une procédure a été mise en place pour la délivrance médicamenteuse.	Recommandation maintenue. Il convient de préciser les médicaments pouvant être distribués par les AS (dans les actes de la vie quotidienne).