

Agence Régionale de Santé d'Île-de-France
Délégation départementale de Paris

Direction des Solidarités
Sous-direction de l'autonomie

Affaire suivie par : Frédéric Musso
Courriel : [redacted]

Téléphone : 01.71.27.01.93.

Monsieur [redacted]
Gérant de la société
Le Trèfle Bleu Cardinet (Groupe Age d'Or)
152 rue Cardinet
75017 Paris

Saint-Denis, le 29 FEV. 2024

Lettre recommandée avec AR
N°

Monsieur,

L'inspection conduite conjointement par l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France (ARS IDF) et la Ville de Paris, le 21 mars 2023 au sein de l'EHPAD « Le Trèfle Bleu » du groupe Age d'Or (FINESS 75 75 004 103 0) situé au 152 rue Cardinet à Paris 75017, avait été inscrite au programme de contrôle des EHPAD diligenté sur l'ensemble du territoire national à la demande de la Ministre déléguée chargée de l'Autonomie auprès du Ministre des Solidarités et de la Santé.

Nous vous avons adressé le 6 novembre 2023 par courriel et par courrier recommandé et, réceptionné par vos services le 8 décembre 2023, le rapport que nous a remis la mission d'inspection, ainsi que 5 injonctions, 17 prescriptions et 16 recommandations que nous envisagions de vous notifier.

Dans le cadre de la procédure contradictoire prévue aux articles L. 121-1 et L.122-1 du code des relations entre le public et l'administration, vous nous avez transmis le 3 janvier 2024 des éléments de réponse détaillés, ce dont nous vous remercions.

Après analyse des documents transmis, la mission souligne que certaines injonctions, prescriptions et recommandations initialement envisagées n'ont pas lieu d'être maintenues, notamment sur les points suivants :

- L'achat et la location de balances pour assurer le suivi régulier des pesées,
- La mise aux normes de l'identitovigilance des traitements des résidents,
- La mise en œuvre d'un règlement de fonctionnement,
- Le développement d'outils relatifs à la gestion du personnel et à son management,
- Le recrutement d'un médecin coordonnateur,
- Le défibrillateur a été installé,
- L'affichage dans l'infirmerie a été revu et amélioré.

Les précisions apportées ne permettent cependant de lever l'ensemble des injonctions, prescriptions et recommandations notamment celles relatives à :

- Les outils de la loi 2002-2 ne sont pas conformes à la réglementation : projet d'établissement, règlement intérieur, plan bleu, rapport annuel d'activité...,
- L'organisation et la réunion du conseil de la vie sociale ne sont pas conformes,
- La gestion des événements indésirables graves est défaillante,

- L'inexistence d'un plan d'amélioration de la qualité et des actions qui y sont liées,
- Les dossiers des résidents et des salariés ne sont pas complets, ni conformes à la réglementation,
- L'organisation de l'équipe de soins laisse apparaître des manquements à une prise en charge de qualité,
- La distribution et le traçage de la prise de médicaments ne sont pas établis selon les bonnes pratiques,
- Les procédures ne sont pas actualisées, voire inexistantes (gestion de la douleur, soins palliatifs).

En conclusion, après avoir analysé l'ensemble des documents transmis dans le cadre de la procédure contradictoire, nous vous notifions à titre définitif 3 injonctions, 14 prescriptions et 15 recommandations dont vous trouverez le détail en annexe au présent courrier.

Nous appelons votre attention sur la nécessité de transmettre à la Délégation départementale de l'ARS et à la Ville de Paris les éléments de preuve documentaire permettant d'attester de la mise en place des mesures correctrices et de lever ces décisions de façon définitive.

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

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

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

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

Pour la Maire de Paris et par délégation,
La Directrice des Solidarités et par délégation,

Le Directeur de la Délégation départementale de Paris

Le Directeur Adjoint des Solidarités



Jacques BERGER



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



Annexe : Décisions faisant suite à l'inspection réalisée au sein de l'EHPAD le Tréfle Bleu le 21 mars 2023

	Injonction envisagée	Réf. rapport	Réponse Etablissement	Phase contradictoire
1	L'organisation établie laisse apparaître une présence d'un seul salarié pendant la nuit, ce qui met en jeu la sécurité des résidents. Article 311-3° du CASF. Délai : 3 mois	Ecart n°16 page 29	L'établissement a modifié l'organisation de l'équipe de nuit et a mis en place un binôme constitué d'un aide-soignant et d'un auxiliaire de vie.	Pas de preuve apportée. Injonction maintenue.
2	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. Article L.311-3 3° du CASF (PEC et accompagnement de qualité) Délai : Immédiat	Ecart n° 21 page 36	Un classeur avec les dossiers de liaison d'urgence a été mis en place à l'infirmerie à disposition des équipes de jour et de nuit. Organisé par ordre alphabétique, il est mis à jour régulièrement.	Pas de preuve apportée. Injonction maintenue.
3	L'établissement ne dispose pas d'une balance en permanence pour la pesée des résidents. Article L.1110-1-1 CSP Délai : Immédiat	Ecart n°22 page 38	L'établissement a fait l'achat d'une balance (photo) et procède à la location d'un lève-personne de pesée pour les personnes dépendantes (contrat fourni).	Injonction retirée.
4	L'identitovigilance des traitements n'est pas mise en place au sein de la résidence. Article R.4311-4 du CSP Délai : Immédiat	Ecart n°36 page 55	L'ensemble de l'affichage des piluliers a été modifié pour permettre l'identification claire des stocks de médicaments et le rangement a été revu (photos à l'appui).	Injonction retirée.
5	Le sac à dos d'urgence de l'établissement n'est pas scellé le jour de l'inspection et son contenu n'est pas complet. De plus, les équipes n'en connaissent pas le contenu et son utilisation ce qui contrevient aux articles D312-158 13° et L311-3 1° du CASF. Délai : Immédiat	Ecart n°41 page 61	Le sac à dos d'urgence a été complété et installé.	Pas de preuve apportée. Injonction maintenue.

Copie :

**Madame [REDACTED]
Directrice
Le Trèfle Bleu
152 rue Cardinet
75017 Paris**



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



Suite des décisions faisant suite à l'inspection réalisée au sein de l'EHPAD le Trèfle Bleu le 21 mars 2023 :

	Prescription envisagée	Réf. rapport	Réponse de l'établissement	Phase contradictoire
1	Revoir le règlement de fonctionnement et le mettre en conformité avec la réglementation. Délai : 3 mois	Ecart n°1 : Le règlement de fonctionnement n'est pas conforme à la réglementation et contrevient aux articles R.311-35, R.311-36, R.311-37 du CASF (contenu RF).	L'établissement a fourni un règlement de fonctionnement avec une annexe sur le CVS et une annexe relative au règlement intérieur.	La liste des membres du CVS n'est pas conforme D.311-5 du CASF (Cf. prescription n°5). Prescription retirée
2	Revoir le plan bleu et le mettre en conformité avec la réglementation, notamment sur la gestion de crise, les défaillances énergétiques et les risques infectieux. Délai : 6 mois	Ecart n°2 : Le plan bleu n'est pas suffisamment détaillé sur la gestion des crises en particulier sur l'évacuation de l'établissement, les défaillances énergétiques, les risques infectieux, etc. et contrevient à l'Arrêté du 7 juillet 2005, modifié par l'Arrêté du 8 août 2005, fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique.	L'établissement s'engage à revoir le plan Bleu dans un délai de 6 mois.	Pas de document transmis. Prescription maintenue
3	Accompagner la directrice dans un processus de formation pour l'obtention d'un certificat de niveau 1. Délai : 6 mois	Ecart n°3 : La directrice de l'EHPAD n'est pas titulaire d'une certification de niveau 1 (BAC +5), contrairement aux dispositions de l'article D. 312-176-6 du CASF.	La directrice dispose d'une licence et d'un diplôme d'Etat Infirmier de niveau 6 et s'est engagée dans un processus de VAE pour l'obtention d'un master.	Le gestionnaire n'a pas formalisé dans un document unique les missions et compétences confiées à la directrice (Cf. article D.312-176-5 du CASF). Prescription maintenue
4	Engager une procédure de recrutement d'un médecin coordonnateur selon la quotité de temps réglementaire et dans l'attente s'assurer d'un de présence de coordination médicale.	Ecart n°4 : Au vu du nombre de personnes accueillies, le temps de travail du MedCo n'est pas conforme aux dispositions de l'article D312-156 du CASF. Ecart n°5 : L'absence de médecin coordonnateur au sein de l'équipe pluridisciplinaire l'EHPAD (poste vacant) contrevient aux articles D312-155-0 et D312-156 du CASF.	Une procédure de recrutement a été engagée et il est prévu l'arrivée d'un nouveau médecin coordonnateur au 1 ^{er} janvier 2024. Celui-ci est recruté à 0,2 ETP.	Le temps de présence du médecin coordonnateur ne peut être inférieur à 0,4 ETP (Cf. article D.312-156). Prescription maintenue



Prescription envisagée	Réf. rapport	Réponse de l'établissement	Phase contradictoire
Délai : Immédiat	Ecart n°29 : L'absence d'un médecin coordonnateur salarié de l'établissement intervenant en présentiel ne permet pas d'assurer la coordination de l'équipe soignante et contrevient aux dispositions de l'article D. 312-155-0, II du CASF.		
Procéder à de nouvelles élections du Conseil de la Vie Sociale et le réunir régulièrement en permettant une participation optimale de ses membres. Délai : 3 mois	Ecart n°6 : La composition du CVS n'est pas conforme à l'article D311-9 du CASF. Ecart n°7 : La fréquence des réunions du CVS n'est pas conforme à l'article D311-16 du CASF. Remarque n°8 : L'absence de diffusion du planning et des ordres du jours des CVS ne permettent pas une participation de qualité de ses membres.	De nouvelles élections ont eu lieu en mai 2023. Le CVS se réunit bien trois fois par an, les procès-verbaux des années 2021, 2022 et 2023 ont été transmis.	La liste des membres du CVS n'est pas conforme D.311-5 du CASF. Lors de l'installation du CVS après les élections il n'a pas été procédé à l'élection de son président ni au vote du règlement intérieur du CVS. Il n'est pas désigné de secrétaire de séance. Il n'est pas fait mention des membres absents ou excusé. Les procès-verbaux doivent être signés sur secrétaire de séance et du président. Le procès-verbal des élections n'a pas été transmis.
Revoir la déclaration des EIG en : - établissant une procédure de déclaration, - développant une politique de déclaration, - réalisant un suivi et un bilan,	Ecart n°8 : En ne présentant pas de bilan des événements indésirables au Conseil de la vie sociale, la direction de l'établissement ne respecte pas l'article R331-10 du CASF. Ecart n°11 : La politique de déclaration interne des événements indésirables n'est pas développée au sein de l'EH PAD, ce qui ne participe pas à l'exhaustivité des	Un tableau récapitulatif des événements indésirables a été mis en place. La fiche de déclaration des événements indésirables a été réactualisée. La fiche de procédure de déclaration des incidents liés au circuit du médicament sera rédigée prochainement.	Prescription maintenue La politique de traitement et de déclaration des EIG n'est pas mise en place, l'établissement ne déclare par les EIG à l'ARS et à la Ville de Paris. La fiche de procédure liée à des incidents liés au circuit du

Prescription envisagée	Réf. rapport	Réponse de l'établissement	Phase contradictoire
- réalisant une présentation au conseil de la vie sociale. Délai : 3 mois	déclarations qui auraient dues être faites aux autorités compétentes au titre de l'article L. 331-8-1 du CASF. Ecart n°12 : L'établissement n'a pas mis en place un suivi et un bilan des ELG dans le cadre d'une démarche d'amélioration de la qualité, ce qui contrevient aux articles L331-8-1 et R331-8 et -9 du CASF. Remarque n°13 : Il n'existe pas de procédure de déclaration et gestion des EI liés au circuit du médicament.		médicament n'a pas été transmise. Le premier procès-verbal du CVS de 2024 est à transmettre. Prescription maintenue
Engager une politique d'amélioration de la qualité par la mise en place d'un plan, la réalisation d'une évaluation externe, la désignation d'un responsable au sein de l'établissement et permettre aux professionnels d'échanger sur leur pratique. Délai : 6 mois 7	Ecart n°9 : Il n'y a pas de plan d'actions en matière d'amélioration continue de la qualité ce qui contrevient à l'article L312-8 du CASF. Ecart n°10 : Le dernier rapport d'évaluation externe a été établi il y a plus de 5 ans, ce qui le rend obsolète et contrevient à l'article L.312-8 du CASF. Remarque n°7 : La responsable qualité n'est pas connue des autres professionnels de l'établissement. Remarque n°21 : L'établissement ne s'est pas engagé dans une démarche qualité pour la prise en charge des résidents par l'organisation de temps d'échange formalisés, d'analyse de pratiques et de démarche de questionnement éthique. (Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS (HAS - 08/03/2022).	L'établissement travaille à la formalisation d'un plan d'amélioration continue de la qualité. Une évaluation externe sera réalisée dans le courant du second semestre 2024. Prescription maintenue	Pas de document transmis. Prescription maintenue
Se doter d'outils de suivi de l'ensemble du personnel et de leur activité au sein de l'établissement. 8	Ecart n°13 : La direction ne dispose pas d'un outil permettant de suivre les ETP des salariés présents. (L.311-3° CASF).	L'établissement a mis en place un tableau Word de suivi des effectifs. Les entretiens professionnels d'évaluation ont été formalisés. Un planning synthétique des horaires et pauses a été réalisé et est	Prescription retirée

Prescription envisagée	Réf. rapport	Réponse de l'établissement	Phase contradictoire
Délai : 6 mois Revoir l'organisation de l'équipe de soins et assurer le remplacement des postes temporairement ou durablement vacants.	Ecart n°14 : La direction n'a pas formalisé les entretiens professionnels annuels ce qui contrevient à l'article L.6315-1 code du travail. Ecart n°15 : L'établissement n'a pas constitué de dossier pour les professionnels qui interviennent dans l'établissement ce qui contrevient aux articles L.133-6 du CASF, D.312-155-0 du CASF, L.312-1 II 4° du CASF. Remarque n°22 : L'établissement ne dispose pas d'un planning suffisamment fiable, l'outil doit être revu et consolidé pour permettre un suivi efficace des salariés présents. Ecart n°17 : La direction n'a pas précisé l'organisation de l'équipe de soins ce qui ne permet pas d'exclure des glissements de tâches entre les différentes catégories de professionnels et contrevient aux articles L311-3, 1° CASF, R4311-1 CSP, D312-155 2° CASF, R.4311-4 CSP. Ecart n°26 : Les temps de transmission entre l'équipe de nuit et de jour ne sont pas prévus dans les plannings ce qui contrevient aux articles R4311-1 et 2 du CASF. Remarque n°23 : L'établissement n'assure pas un remplacement systématique des absences ce qui met en jeu la sécurité des résidents. Remarque n°24 : Deux salariés occupent des fonctions d'aide-soignant sans en avoir la qualification. Trois salariés occupent des fonctions d'auxiliaire de vie et sont agents de service hôtelier. Remarque n°25 : La direction n'a pas formalisé de procédure pour organiser les remplacements.	annexé au planning. Des dossiers pour les professionnels extérieurs ont été constitués (pas de document fourni).	
Délai : 3 mois 9		Les absences liées à des absences prévues et les congés sont systématiquement remplacés. Les absences inopinées sont difficiles à remplacer. Les temps de transmission ont été ajoutés au planning afin d'être formalisés entre équipe de jour et équipe de nuit.	Pas de document transmis. Prescription maintenue



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



Prescription envisagée	Réf. rapport	Réponse de l'établissement	Phase contradictoire
Rédiger annuellement un rapport d'activité formalisé. Délai : 6 mois	Ecart n°18 : L'EH PAD ne dispose pas de rapport annuel d'activité formalisé au titre de l'année N-1, ce qui contrevient à l'article R314-50 du CASF.	L'établissement a transmis le rapport annuel médical (RAMA).	Le rapport annuel d'activité (Cf. R.314-50 du CASF) ne correspond pas au Rapport Annuel Médical d'Activité (Cf. D.312-158 10° du CASF). Prescription maintenue
Revoir l'organisation des dossiers des résidents, procéder à leur complétude et leur sécurisation, ainsi que la complétude des contrats de séjour sur les directives anticipées et la personne de confiance. Délai : 3 mois	Ecart n°19 : Le dossier médical du patient ne doit pas être conservé avec son dossier administratif en raison des données confidentielles qu'il contient et du secret médical ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF. Ecart n°20 : Les dossiers administratifs des résidents ne sont pas complets ce qui contrevient aux articles L.311-4, L.311-5-1 CASF, L.1111-6 CSP. Ecart n°27 : Les contrats de séjour consultés par la mission ne comportent pas les directives anticipées remplies ce qui contrevient aux articles L1111-4 alinéa 3 et L1111-11 du CSP. Remarque n°31 : Les contrats de séjour consultés par la mission ne comportent pas l'annexe relative à la personne de confiance.	Les dossiers administratifs des résidents ont été complétés.	Prescription maintenue
Assurer de façon régulière la pesée des résidents selon un calendrier annuel préétabli et l'élaboration des projets de soins individualisés. Délai : Immédiat	Ecart n°23 : Il n'existe pas de calendrier annuel établi programmant les PAI des résidents de la résidence ce qui contrevient à l'article L311-3 7° du CASF. Ecart n°43 : Il n'existe pas de calendrier de planification des projets de soins individualisés et un retard d'élaboration de certains projets est constaté par la mission ce qui contrevient à l'article D311 du CASF.	L'établissement a mis en place un tableau de suivi des projets individualisés.	Pas de transmission de données relatives à des pesées régulières. Les projets individualisés doivent faire l'objet d'une évaluation annuelle. Prescription maintenue

13 rue du Landy
93200 Saint-Denis
Tél : 01 44 02 00 00
iledefrance.ars.sante.fr

94/96 quai de la rapée
75012 Paris
Tél : 01 43 47 77 77
paris.fr

Prescription envisagée	Réf. rapport	Réponse de l'établissement	Phase contradictoire
Améliorer la prise en charge médicale par : - la réunion de la commission de coordination gériatrique, - la mise en place d'une concertation pluridisciplinaire, notamment sur les contentions, - signer des conventions sur les aspects liés à la prise en charge des résidents, - signer un contrat type avec les médecins intervenant dans l'établissement, - utiliser de façon systématique le logiciel [REDACTED] pour les prescriptions et ordonnances médicales. Délai : 3 mois	Ecart n°24 : L'absence de réunion de la commission de coordination gériatrique contrevient à l'article D312-158 3° du CASF. Ecart n°25 : Tous les médecins traitant intervenant dans l'EHPAD n'ont pas signé de contrat type prévu à l'article L314-12 du CASF. Ecart n°28 : L'absence de concertation pluridisciplinaire sur les bénéfices/risques des contentions et l'absence de suivi et de réévaluation contreviennent aux dispositions de l'article R311-0-7 du CASF. Ecart n°45 : L'établissement n'a pas signé de convention sur tous les aspects liés à la prise en charge des résidents afin d'assurer une qualité des soins. (L.1110-5 CSP). Remarque n°30 : Les médecins traitant n'utilisent pas le logiciel de soin pour la prescription sachant que le médecin coordonnateur intervient essentiellement en distanciel. Remarque n°38 : Les ordonnances ne sont pas systématiquement retranscrites dans le logiciel de soin du fait de l'absence d'un médecin coordonnateur salarié de l'établissement, entraînant une impossibilité de générer une fiche de traitement Netsoin.	Les commissions de coordination gériatrique vont reprendre en 2024 avec l'arrivée d'un nouveau médecin coordonnateur.	Attente de l'arrivée d'un médecin coordonnateur. Prescription maintenue
Améliorer la qualité de la prise en charge des résidents par la mise à jour et la rédaction de protocoles liés aux soins, notamment sur la douleur et la prise en charge des soins palliatifs.	Ecart n°30 : La plupart des protocoles de l'établissement, transmis à la mission sont bien trop anciens pour assurer une prise en charge des résidents de qualité et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité).	L'ensemble des protocoles seront revus avec l'arrivée du nouveau médecin coordonnateur.	Pas de document transmis.

Prescription envisagée	Réf. rapport	Réponse de l'établissement	Phase contradictoire
Délai : 6 mois	Ecart n°39 : L'établissement n'a pas rédigé de protocole sur la douleur. Les évaluations douloureuses ne sont pas réalisées et tracées à l'aide d'échelle. Ces manquements contreviennent aux dispositions de l'article L1112-4 CSP. Ecart n°40 : L'établissement n'a pas rédigé de protocole quant à la prise en charge des soins palliatifs ce qui contrevient à l'article R4312-43 du CSP.		Prescription maintenue
Mettre en œuvre les règles de bonnes pratiques relatives à la gestion, la distribution et la sécurisation du circuit des médicaments.	Ecart n°31 : La mission constate 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. Ecart n°32 : La mission constate que des prescriptions sont recopiées sur des flacons de produits de santé ouverts. (Article L311-3 3° du CASF (PEC et accompagnement de qualité) Ecart n°33 : La mission constate que la distribution des traitements s'effectue par des ESI de 1ère année seules sans supervision ni accompagnement d'une IDE titulaire (Article L.313-26 du CASF). Ecart n°34 : L'établissement ne dispose pas d'une liste préférentielle de médicaments ce qui contrevient à l'article L5126-6-1 CSP (liste préférentielle de médicament en ESMS). Ecart n°35 : Le stock tampon n'est pas organisé, vérifié et se compose de traitements non utilisés d'ancien résident. (Articles R5126-108 et R4312-38 du CSP) Ecart n°37 : Il n'a pas été rédigé de protocole relatif à la délégation des traitements par les IDE aux AS pour la	Des étiquettes collantes ont été mises sur les flacons avec indication de la date d'ouverture. Le guide bon usage des médicaments en gériatrie a été remis à l'infirmière. Un classeur contenant les ordonnances et les fiches de traitement est placé sur le chariot des médicaments. Le stock de médicaments et de stupéfiants d'anciens résidents ont été rendus à la pharmacie. La distribution du médicament a été revue en début de journée et est assurée par l'infirmière. Une affiche est apposée sur la porte de l'infirmier lorsque l'infirmière prépare les piluliers.	Les mesures apportées ne répondent pas aux exigences requises pour assurer une prise de médicaments permettant de garantir la sécurité du résident. Prescription maintenue

Prescription envisagée	Réf. rapport	Réponse de l'établissement	Phase contradictoire
	distribution du matin et de nuit précisant les modalités légales de cette délégation ce qui contrevient aux articles R4311-7 et R.4311-5 (4°) du CSP. Ecart n°38 : La mission constate la présence de nombreux stupéfiants appartenant à un résident décédé qui n'ont pas été rendu à la pharmacie ce qui contrevient à l'article R5132-36 du CSP. Remarque n°36 : La mission constate que lors de la distribution des traitements, les soignantes n'utilisent pas le classeur de distribution comportant la fiche de traitement et l'ordonnance originale. Remarque n°37 : Il n'est pas mis en place à disposition des équipes de soin, le guide quant au bon usage du médicament. Remarque n°39 : Les conditions de préparation des médicaments ne sont pas réunies afin d'éviter les interruptions volontaires de tâches. De plus, il n'est pas réalisé de double vérification de la préparation. Remarque n°40 : L'établissement ne dispose pas de liste ou de protocole concernant les médicaments à ne pas broyer d'autant plus que certaines distributions médicamenteuses sont effectuées par les AS.		
Mettre en état de fonctionnement le sac à dos d'urgence et un défibrillateur dans l'établissement. 16 Délai : Immédiat	Ecart n°42 : Il n'est pas installé de défibrillateur au sein de l'établissement et donc pas de signalétique le concernant ce qui contrevient aux dispositions au décret n°2018-1186 du 19 décembre 2018, à la loi n°2018-527 du 28 juin 2018 et à l'arrêté du 29 octobre 2019 (signalisation DAE dans les ERP).	Le défibrillateur a été installé dans l'établissement.	Prescription retirée



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



	Prescription envisagée	Réf. rapport	Réponse de l'établissement	Phase contradictoire
17	Revoir et compléter le projet d'établissement, notamment par la rédaction d'un projet de soins et de fiches action pour sa mise en œuvre effective. Délai : 6 mois	Ecart n°44 : Le projet d'établissement ne comporte pas de projet de soins ce qui contrevient à l'article D312-158, 1° du CASF. Remarque n°1 : Le projet d'établissement ne contient pas de fiches action et ne permet pas de mettre en évidence la façon dont il est approprié par les salariés.	Le projet d'établissement va être revu.	Pas de document transmis. Prescription maintenue

	Recommandation envisagée	Réf. rapport		Phase contradictoire
1	Mettre à plat l'organisation des ressources humaines afin de la rendre plus lisible et instituer une réunion régulière du comité de direction.	Remarque n°2 : L'organigramme transmis à la mission ne fait pas apparaître les liens hiérarchiques ni fonctionnels et ne présente pas le nombre d'ETP par poste. Ces manquements contreviennent à l'article L311-8 du CASF. Remarque n°3 : Il n'y a pas de réunion de direction (CODIR, COPIL, COMEX, etc.) au sein de l'EHPAD, ce qui peut fragiliser la continuité de fonctionnement de l'EHPAD et la réalisation des actions d'amélioration de la qualité. Remarque n°4 : L'organisation RH telle que présentée manque de structuration.	Mise en place d'un comité de direction.	Pas de documents transmis sur les autres points. Recommandation retirée pour le comité de direction, maintenue pour le reste.
2	Rédiger une procédure relatives aux astreintes et réaliser un calendrier de mise en œuvre.	Remarque n°5 : Il n'existe pas de formalisation des astreintes avec une procédure rédigée et un calendrier préétabli. De plus, les professionnels d'astreintes sont contraints d'utiliser leur téléphone privé.	Une procédure d'astreintes a été rédigée.	Le document transmis n'est pas une procédure, mais une liste de personnes à contacter, sans distinction. Recommandation maintenue

	Recommandation envisagée	Réf. rapport		Phase contradictoire
3	Améliorer le plan de formation du personnel de l'établissement, notamment par : - la formation de l'infirmière référente aux fonctions de coordination, - le développement de formations pour faciliter la mobilité professionnelle et le développement des compétences, - la mise en place d'un suivi des formations réalisées et validées.	Remarque n°6 : L'IDEC/DIR ne dispose pas de formation relative à ses fonctions au sein de l'EHPAD ce qui fragilise la coordination entre les professionnels soignants et limite l'évaluation des bonnes pratiques en matière de soins et de promotion de la bientraitance. Remarque n°9 : La mission n'a reçu aucun élément permettant de s'assurer du bon déroulement des formations sur la bientraitance. Remarque n°19 : L'établissement ne s'est pas doté d'outils d'aide à la mobilité professionnelle par des formations diplômantes et une démarche d'accompagnement à la VAE identifiable.	Une formation sur la bientraitance est prévue en 2024.	Pas de document transmis. Recommandation maintenue
4	Rédiger une procédure sur le signalement en cas d'agression et le plan de soutien aux professionnels.	Remarque n°10 : Il n'existe aucune procédure permettant le signalement en cas d'agression ni de plan de soutien aux professionnels.	Un travail va être engagé pour rédiger une procédure en cas d'agression.	Pas de document transmis. Recommandation maintenue
5	Mettre en place un recueil des réclamations et doléances des résidents et de leur famille.	Remarque n°11 : Il n'est pas mis à disposition de cahier de recueil des réclamations et /ou doléances des résidents et des familles.	Un cahier de doléances a été mis en place.	La photo transmise ne permet pas d'en vérifier le contenu. Recommandation maintenue
6	Procéder au suivi régulier et à l'analyse des enquêtes de satisfaction.	Remarque n°12 : Les enquêtes de satisfaction ne sont pas suivies ni analysées.	Le suivi des enquêtes de satisfaction est en cours.	Pas de document transmis. Recommandation maintenue
7	Mettre en place une politique de stabilisation de l'équipe.	Remarque n°14 : L'équipe n'est pas stabilisée et plus de la moitié des salariés sont présents dans l'établissement depuis au moins trois ans. (D.312-155-0 CASF & L.311-3° CASF)	L'établissement cherche à maintenir une ambiance familiale ce qui permettra d'améliorer la stabilisation de l'équipe.	Pas de document transmis. Recommandation maintenue



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



	Recommandation envisagée	Réf. rapport		Phase contradictoire
8	Rédiger des fiches de postes pour tous les professionnels et des fiches de tâches heureées pour tous les professionnels de l'équipe soignante.	Remarque n°15 : La direction n'a pas rédigé de fiches de postes pour toutes les catégories de professionnels de l'établissement. Remarque n°16 : La direction n'a pas rédigé de fiches de tâches heureées pour toutes les catégories de professionnels de l'établissement.	L'établissement s'engage à rédiger des fiches de postes et de tâches heureées pour tous les professionnels.	Pas de document transmis. Recommandation maintenue
9	Compléter les dossiers du personnel et procéder à la vérification de l'inscription ordinale pour les infirmiers et les masseurs kinésithérapeutes.	Remarque n°17 : La direction ne s'est pas assurée de l'inscription ordinale des infirmiers. Remarque n°18 : Les dossiers du personnel ne sont pas complets et ne contiennent pas toutes les pièces réglementaires nécessaires.	L'ensemble des dossiers du personnel vont être repris et complétés.	Pas de document transmis. Recommandation maintenue
10	Rédiger un livret d'accueil des nouveaux salariés, ainsi qu'une procédure d'accompagnement à la prise de poste.	Remarque n°20 : L'établissement ne dispose pas d'un livret d'accueil pour les nouveaux professionnels ni d'une procédure d'accompagnement. (HAS « La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre », 2008 (§ Repère n° 4.2.1 « Accueillir le nouveau professionnel et lui donner les moyens de comprendre et de s'adapter aux usagers qu'il accompagne »).	Une procédure d'accompagnement des nouveaux salariés et un livret d'accueil vont être élaborés.	Pas de document transmis. Recommandation maintenue
11	Mettre en place une commission d'admission et désigner un référent pour tout nouvel entrant.	Remarque n°26 : L'établissement n'organise pas de commission d'admission. Remarque n°27 : Il n'est pas désigné de référent pour les résidents de l'établissement entraînant une non-référence PAI par résident.	Les admissions sont réalisées en télé-coordination. L'arrivée d'un nouveau médecin coordonnateur permettra de mettre en place des commissions d'admission.	Pas de document transmis. Recommandation maintenue
12	Mettre en place une réunion d'analyse de pratique et organiser des réunions pluridisciplinaires.	Remarque n°28 : Il n'est pas organisé des réunions d'analyse de pratique au sein de la résidence. Remarque n°29 : L'établissement n'organise pas suffisamment de réunions pluridisciplinaires formelles	L'établissement travaille à la mise en place de réunions.	Pas de document transmis.

13 rue du Landy
93200 Saint-Denis
Tél : 01 44 02 00 00
iledefrance.ars.sante.fr

94/98 quai de la râpée
75012 Paris
Tél : 01 43 47 77 77
paris.fr

	Recommandation envisagée	Réf. rapport		Phase contradictoire
		et formalisés ce qui ne permet pas la mise en place de temps d'échange formels et de qualité permettant d'assurer la continuité et la coordination des soins.		Recommandation maintenue
13	Remettre en places les commissions d'animation et les commissions menus au sein de l'établissement.	Remarque n°32 : Les commissions d'animation suspendues pendant la COVID et les travaux n'ont au jour de l'inspection toujours pas été remises en place. Remarque n°33 : Les commissions menus suspendues pendant la COVID et les travaux n'ont au jour de l'inspection toujours pas été remises en place.	Mise en place de commissions séparées en 2024.	Pas de document transmis. Recommandation maintenue
14	Rédiger une procédure sur l'aide aux repas et une sur les changes afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des résidents.	Remarque n°34 : L'établissement ne dispose pas d'une procédure rédigée sur l'aide au repas. Remarque n°35 : L'établissement ne dispose pas d'une procédure rédigée pour les changes.	Un planning de répartition des toilettes a été mis en place.	Les documents transmis ne permettent pas d'identifier les professionnels qui interviennent auprès du résident et de quelle façon. Recommandation maintenue
15	Revoir l'organisation de l'infirmier et mettre à jour les données utiles.	Remarque n°41 : L'infirmier de l'établissement comporte trop d'affichage qui pour la plupart ne sont pas tenus à jour.	L'affichage dans l'infirmier a été revu et amélioré.	Recommandation retirée
16	Engager une recherche de partenaires extérieurs pour inscrire l'établissement dans un réseau et ouvrir la résidence sur le territoire de proximité.	Remarque n°42 : L'établissement n'a pas signé de convention avec des partenaires associatifs permettant l'ouverture de la résidence sur le territoire.	L'établissement a entamé une démarche d'ouverture sur l'extérieur en signant des conventions avec une école de français et une association.	Les réalisations actuelles restent insuffisantes. Recommandation maintenue