

Ville de Paris
Direction des solidarités
Sous-direction de l'autonomie
Affaire suivie par Frédéric Musso

Agence Régionale de Santé
Délégation départementale de Paris
Affaire suivie par : Conrad Lajusticia

Association Marie-Thérèse
277 boulevard Raspail
75014 Paris

Lettre recommandée avec AR
N°

Saint-Denis, le **13 MAI 2025**

Monsieur,

Dans le cadre du plan national d'inspection et de contrôle des EHPAD, un contrôle conjoint a été réalisé au sein de l'EHPAD « Marie-Thérèse », le 15 décembre 2023 par l'Agence Régionale de Santé Île-de-France et la Ville de Paris.

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 18 novembre 2024 le rapport que nous a remis la mission d'inspection, ainsi que 2 injonctions, 17 prescriptions et 11 recommandations que nous envisagions de vous notifier.

Le 22 janvier 2025, vous nous avez transmis des éléments de réponse. Nous notons que des corrections et des précisions ont été apportées concernant les mesures suivantes :

- Injonction 1 : Revoir la culture d'identification et de déclaration des EI et EIG dans l'établissement
- Prescription 6 : Transmettre le résultat de la dernière évaluation externe de l'établissement.
- Prescription 15 : Mettre en place une commission de coordination gériatrique dans l'établissement.
- Recommandation 11 : Sensibiliser les médecins traitants intervenant dans l'établissement à l'utilisation du logiciel de soin.

Elles sont donc retirées. Cependant, au regard de l'ensemble des éléments de réponse apportés, des actions correctrices restent nécessaires.

Aussi, vous vous notifiez à titre définitif 2 injonctions (dont une prescription transformée en injonction), 15 prescriptions et 10 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

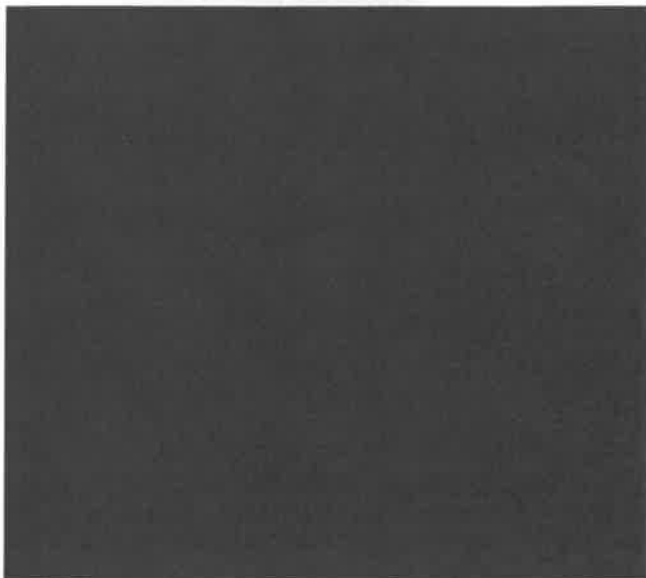
et à la Ville de Paris les éléments de preuve documentaire permettant la levée définitive de ces décisions. Les tutoriels de dépôt sur Bluefiles, ainsi que la notice relative au RGPD, sont annexés au présent courrier.

Nous vous rappelons que l'absence de mise en œuvre, dans le délai imparti, des mesures correctrices conjointes 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 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 sur le site <https://citoyens.telerecours.fr>

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

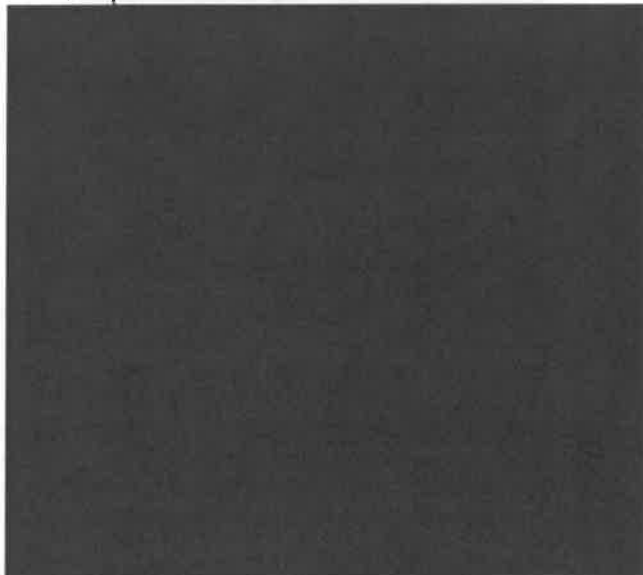
Pour Le Directeur général
de l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France
et par délégation



Pour la Maire de Paris et par délégation,

PD

La Directrice des Solidarités



Copie à :



EHPAD « Marie-Thérèse »
277 boulevard Raspail
75014 Paris



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



ANNEXE : Décisions prises dans le cadre du contrôle sur pièces à partir du 15 décembre 2023 au sein de l'EHPAD « Marie-Thérèse »

Injonctions	Ref. rapport	Réponse de l'établissement au contradictoire	Décision
1 Revoir la culture d'identification et de déclaration des EI et EIG dans l'établissement en : -Déclarant les EIG à l'ARS et la Ville de Paris, -Révisant la procédure EI/EIG pour y inclure la définition des dysfonctionnements graves et des EIG afin d'assurer leur bonne identification et déclaration.	Ecart 10 : L'établissement n'a pas appliqué la procédure de déclaration des EIG, notamment la déclaration à l'ARS et la Ville de Paris. Référence : Article L331-8-1 du CASF et arrêté du 28/12/2016 Ecart 11 : Les dysfonctionnements graves et événements indésirables graves ne sont pas caractérisés clairement dans la procédure de l'établissement ce qui peut empêcher l'identification de ces différentes situations, leur déclaration ainsi que la mise en place de leur traitement ce qui contrevient aux articles L331-8-1, R 331-8 et R331-9 du CASF. Ecart 12 : L'établissement ne signale pas tous les événements indésirables et les dysfonctionnements graves aux autorités compétentes ce qui contrevient aux articles L331-8-1, R331-8 et R331-9 CASF.	L'établissement a fourni sa procédure relative à la gestion des plaints, réclamations et EI mise à jour. La procédure comporte désormais les dysfonctionnements graves à déclarer, des circuits de déclaration et de la distinction entre le dispositif de signalement médico-social et pour les EIGS. La mission signale que la diffusion de cette procédure aux personnels est indispensable pour garantir leur capacité à identifier et déclarer des événements indésirables. Le plan d'action transmis par l'établissement indique que [redacted] n'ont pas donné lieu à signalement en tant qu'EIG. » et « Signalement systématique dès novembre 2024 ». Aucune preuve de déclaration d'EIG n'a été envoyée dans le cadre du présent contrôle. Avec la révision de la procédure relative aux EI/EIG, l'injonction est retirée mais il est demandé à l'établissement de transmettre un document de suivi des EI/EIG et EIGS dans l'EHPAD indiquant leur traitement et s'ils ont fait l'objet d'une déclaration aux autorités de tutelles (Nouvelle prescription n°18).	Injonction retirée
2 Mettre en place au moins une évaluation douleur annuelle pour tous les résidents de l'établissement.	Ecart 23 : L'établissement n'a pas transmis d'élément permettant à la mission de vérifier qu'au moins une évaluation annuelle de la	L'établissement a transmis des éléments de réponse signalant que [redacted] des [redacted] résidents, avec traitement antalgique, ont eu une évaluation de la douleur et que des sensibilisations aux échelles de douleurs sont prévues en 2025.	Injonction maintenue Dans l'attente de transmission de tout document permettant à

		douleur est faite pour les résidents de l'EHPAD. Référence : Articles L1110-5 et L1112-4 du CSP.	La mission de contrôle signale que l'évaluation de la douleur, qu'elle soit exprimée ou non, s'inscrit dans le cadre d'une prise en charge permettant le respect des droits et libertés individuelles qui sont garantis à toute personne accueillie dans l'établissement. L'objectif d'« évaluer régulièrement et tracer la douleur chez tous les résidents » est également inscrit au CPOM signé par l'EHPAD.	la mission de vérifier qu'une évaluation de la douleur annuelle est mise en place dans l'établissement, que tout résident en ait été bénéficiaire et que les personnels ont été formés à l'utilisation des échelles de douleurs utilisées,
3	Mettre fin à la réalisation de toilettes au lit par des uniquement par des auxiliaires de vie qui constitue un glissement de tâche et transmettre : -Les fiches de tâches heureuses des personnels auxiliaires de vie mise à jour, -Le document complet « répartition des tâches IDE ».	Ecart 16 : Le type de toilettes n'est pas précisé dans les fiches de tâches heureuses. Les toilettes au lit et complètes sont des actes de soin, contrairement à l'accompagnement à la toilette, ce qui suppose des glissements de tâches. (Article L.311-3 1° du CASF, Article R4311-5 du CSP) Remarque 13 : La « répartition des tâches IDE » est non datée et le rédacteur du document n'est pas indiqué.		Délai : 1 mois Nouvelle Injonction Il est demandé à l'établissement de mettre fin aux glissements de tâches dans l'établissement en assurant que les auxiliaires de vie n'assurent plus des toilettes au lit qui sont des actes de soins ne rentrant pas dans leurs missions, de mettre à jour les fiches de tâches heureuses des auxiliaires de vie ainsi que le document « Répartition des tâches IDE » et de transmettre les documents Délai : 1 mois

Prescriptions	Ref. rapport	Réponse de l'établissement au contradictoire	Décision
1	Compléter le règlement de fonctionnement en : - le datant et en le faisant valider par le CVS de l'établissement, - y incluant : les modalités d'association des familles, les modalités de rétablissement des prestations dispensées lorsqu'elles ont été interrompues, les sanctions des faits de violence sur autrui.	Ecart 1 : La mission ne peut s'assurer que le règlement de fonctionnement de l'établissement soit valide et que le CVS ait été consulté avant promulgation ce qui contrevient à l'article L311-7 du CASF. Ecart 2 : Le contenu du règlement de fonctionnement n'est pas conforme aux articles R311-35, R311-36 et R311-37 du CASF.	Prescription maintenue Dans l'attente de l'ajout d'éléments relatifs au rétablissement des prestations ainsi que du transfert du compte rendu du CVS où doit être approuvé le règlement de fonctionnement. Délai : 1 mois
2	Transmettre l'intégralité des documents composant le plan bleu de l'établissement. Ecart 3 : L'établissement n'a pas transmis les procédures d'actions en cas de réalisation d'un risque ce qui contrevient l'instruction interministérielle N° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).	L'établissement a transmis les procédures relatives à la gestion des décès massifs et les ruptures de flux. Ces procédures, en plus des documents transmis en phase initiale, ne constituent pas un plan bleu complet compatible avec la réglementation en vigueur. Pour compléter le plan bleu il est nécessaire de rédiger à minima, les éléments suivants : • Procédure liée au risque climatique : canicule / grand froid, • Procédure liée au risque infectieux, • Compléter la procédure en cas de rupture de flux (pour l'eau potable, gaz si besoin...) et prévoir l'évacuation en cas de prolongement de la rupture, • Prévoir la mise à l'abri (pour le risque nucléaire notamment), • Procédure de préparation et de gestion d'une évacuation de l'établissement, • Procédure de rappel du personnel ou plan de continuité de l'activité (PCA),	Prescription maintenue Dans l'attente de transmission du plan bleu comportant les éléments listés. Délai : 3 mois

			• Procédure pour la mise en place du retour d'expérience (RETEX).		Prescription maintenue
3	Transmettre l'inscription à l'Ordre National Infirmier de l'IDEC.	Ecart 4 : L'inscription à l'Ordre National Infirmier de l'IDEC n'a pas été transmise ce qui contrevient à l'article L.4312-1 du CSP.	L'établissement a indiqué que l'inscription était en cours pour l'IDEC.	Dans l'attente de la transmission de l'attestation d'inscription à l'Ordre National des Infirmiers. Délai : Immédiat	
4	Transmettre le résultat des dernières élections du CVS ainsi que sa composition.	Ecart 5 : Il n'a pas été possible de déterminer la date de la dernière élection et la composition du CVS décrite dans le règlement intérieur est non conforme à l'article D 311-5 du CASF.	L'établissement a transmis un nouveau règlement intérieur du CVS en date du 13 janvier 2025. Celui-ci indique que « La durée du mandat des membres du Conseil de la Vie Sociale est de 3 ans à dater de la première réunion de ce Conseil. » Il indique la composition suivante : « Le Conseil de la Vie Sociale est composé des membres élus suivants : • 2 représentants des familles, des proches ou des représentants légaux des résidents, • 5 représentants des résidents, • 1 représentant des résidents sous protection, • 2 représentants du personnel, dont 1 membre de l'équipe médico-sociale, • 1 représentant des bénévoles, et des membres de droit suivants : • Le président de l'association Marie-Thérèse, • Le père supérieur, nommé par l'Archevêque de Paris, qui siège également au Conseil d'Administration de l'établissement, • Le directeur de l'établissement (ou son représentant), qui y participe avec voix consultative, • Le médecin coordonnateur. » Cette composition est en accord avec la réglementation. L'établissement n'a pas transmis d'éléments quant aux nouvelles élections des membres du CVS.	Dans l'attente de la transmission du résultat des dernières élections du CVS. Délai : Immédiat	Prescription maintenue

5	Revoir l'organisation des séances du CVS en : - Désignant un secrétaire de séance, - Faisant approuver le compte rendu de séance signé par le président et le secrétaire lors de la séance suivante, - Présentant au CVS les EI et EIG survenus dans l'établissement ainsi que les actions correctrices mises en place.	Ecart 6 : Un secrétaire de séance n'est pas désigné dans les comptes rendus fournis ce qui contrevient à l'article D311-20 du CASF. Ecart 7 : Tous les EIG n'ont pas été présentés au CVS, ce qui contrevient à l'article R331-10 CASF. Ecart 8 : Les solutions correctives, mises en place à la suite des EIG, n'ont pas été présentées au CVS. Remarque 4 : Le compte rendu de la dernière réunion du CVS doit être approuvé lors la réunion suivante. Il doit être signé par le président et le secrétaire.	L'établissement a transmis le compte-rendu du conseil de vie sociale du mardi 26 novembre 2024. Un secrétaire de séance y est bien désigné et les EI/EIG ainsi que les actions correctrices sont bien présentées au CVS. La présentation faite des EIG n'est cependant pas détaillée dans le compte-rendu. La mission note que : - Il n'y a pas d'approbation du compte-rendu de la séance précédente, - Le compte-rendu transmis n'est pas signé par le président et le secrétaire.	Prescription maintenue Dans l'attente de transmission du prochain compte-rendu du CVS permettant à la mission de vérifier que le compte rendu de la séance précédente est approuvé par le Conseil et qu'il est signé par le Président et le secrétaire de séance. Délai : 1 mois.
6	Transmettre le résultat de la dernière évaluation externe de l'établissement.	Ecart 9 : L'enquête d'évaluation externe doit être réalisée au minimum tous les 5 ans (Article D312-204 du CASF).	L'établissement annonce que l'évaluation de la qualité selon le nouveau référentiel HAS a eu lieu du 2 au 4 octobre 2024 et que le rapport a été transmis fin novembre 2024. Le rapport a été transmis par ailleurs à l'ARS et à la Ville de Paris. La Mission relève que les thèmes suivants ont une note d'évaluation inférieure à 3 : - La personne accompagnée connaît ses représentants au CVS et peut les solliciter - La personne accompagnée est informée des réponses apportées aux questions qu'elle a posées et de la suite donnée aux demandes formulées au CVS - La personne accompagnée a accès au relevé des échanges du CVS, - La personne et les professionnels en équipe, élaborent conjointement le projet d'accompagnement, - Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés aux outils numériques, - L'établissement participe à des instances de réflexion éthiques sur son territoire.	Prescription retirée.

7	Assurer une réflexion au niveau de la politique de qualité : -En prenant en compte le nouveau référentiel HAS de mars 2022 et notamment : -En incluant la participation des familles, -En priorisant les items où le niveau de satisfaction est le plus bas, -En s'appuyant sur les résultats de toutes les évaluations et auto-évaluation de l'établissement.	Remarque 5 : il ne ressort pas à la lecture du Plan Qualité qu'il prend en compte les résultats de la mission sur le nouveau référentiel HAS de mars 2022 Remarque 6 : L'évaluation des prestations de restauration, effectuées en sous-traitance, n'a pas été communiquée. Remarque 7 : Les familles ne sont pas consultées dans les enquêtes de satisfaction. Remarque 8 : Le niveau de satisfaction concernant [REDACTED] sont peu élevés Ces points méritent une analyse approfondie. Remarque 9 : Les documents transmis ne contiennent pas de suivi de mise en œuvre de plan qualité. Remarque 10 : Les résultats de l'auto-évaluation des personnels sur la bientraitance n'ont pas été communiqués.	L'établissement n'a pas apporté de réponse sur ce point. La mission demande à l'établissement de : -Transmettre un nouveau Plan Qualité qui prend en compte les résultats des enquêtes de satisfaction [REDACTED] et la dernière évaluation externe d'octobre 2024. -Transmettre l'évaluation des prestations de restauration et l'auto-évaluation des personnels sur la bientraitance. -Transmettre une nouvelle enquête de satisfaction où les familles sont consultées.	Prescription maintenue Délai : 3 mois.
8	Développer la culture de la bientraitance et de la lutte contre la maltraitance dans l'établissement en : -Formalisant un protocole sur la bientraitance et la lutte contre la maltraitance, -Assurant la formation des personnels sur ces sujets.	Remarque 11 : L'établissement ne dispose pas de protocole sur la bientraitance et la lutte contre la maltraitance. Remarque 17 : L'établissement ne propose de formation à la bientraitance et au repérage de la maltraitance.	L'établissement n'a apporté de réponse sur ce point.	Prescription maintenue Délai : 3 mois
9	Mettre en œuvre toutes les mesures pour assurer que les effectifs de l'établissement : -Soient en conformité avec les objectifs fixés dans le CPOM, -Soient stabilisés afin d'éviter le recours à des CDD, -Permettent d'assurer un taux d'encadrement d'IDE en conformité avec les modalités de calcul contenues dans le CPOM.	Ecart 13 : Les effectifs totaux de l'établissement ne sont pas conformes aux objectifs fixés dans le CPOM. L'équipe de l'établissement n'est pas stabilisée et le recours à de nombreux CDD en fragilise la cohésion. Référence : Article L311-3, 1° du CASF	L'établissement indique que : « Les calculs montrent que les effectifs sont bien respectés, en fonction des PMP et GMP, et selon les règles données. Après consultation, le cabinet confirme la logique des calculs menés, et dit ne pas connaître cette règle. » Cette méthode de calcul est basée sur les ratios définis par l'ARS IDF dans le CPOM signé par l'établissement.	Prescription maintenue Délai : 6 mois

	Ecart 14 : Le taux d'encadrement en IDE est trop faible par rapport aux critères ARS contractualisés dans le CPOM et ■ IDE sont à recruter pour ■ postes existants. Référence : Article L311-3 du CASF Remarque 15 : Le recours aux contrats à durée déterminée, par rapport aux effectifs permanents, est excessif.	L'établissement n'a pas donné d'information sur la stabilité des équipes et la diminution du recours aux CDD. ■ pour assurer une organisation en d'équipe et contre-équipe équilibrée, un nombre pair de poste d'IDE est nécessaire	Prescription maintenue jusqu'à la transmission du contrat de travail du nouveau MedCo recruté. Délai : immédiat
10	Assurer que le médecin coordonnateur dispose d'un temps de travail suffisant pour assurer ses missions de coordination dans l'établissement.	Ecart 15 : Le temps effectif de médecin coordonnateur en ETP (0,37) est insuffisant et non conforme en raison de la charge de temps de médecin traitant exercée. Référence : Article D312-156 du CASF Remarque 26 : La mission constate le nombre important de résidents suivis par le médecin coordonnateur (quasiment 60% des résidents), alors que ce n'est pas sa mission première.	L'établissement indique qu'un nouveau MedCo est en cours de recrutement ainsi que des ■ médecins prescripteurs. Fournir le contrat de travail du nouveau MedCo recruté.
11	Retravailler les outils de suivi du personnel afin de garantir qu'ils soient complets, lisibles et compréhensibles par tous les salariés de l'établissement.	Remarque 14 : Le tableau des effectifs ne fait pas apparaître d'ASG. Remarque 19 : Le planning ne comporte pas de légende, ce qui ne permet pas de le comprendre de manière fiable Remarque 20 : Le planning doit pouvoir également être compris par	L'établissement n'a pas transmis de documents mis à jour sur ce point. Il est demandé à l'établissement de : -Faire apparaître les ASG sur le tableau des effectifs, -D'indiquer la légende sur le planning pour en permettre la lecture par tous les salariés, -Mettre à jour les outils de suivi du personnel. Prescription maintenue Dans l'attente de ces actions. Délai : 3 mois

	le personnel nouvellement embauché. Remarque 21 : Les outils de suivi du personnel, les modalités des transmissions doivent être complètes, lisibles et mises à jour.			
12	Compléter et transmettre : -Les fiches de tâches hebdomadaires des personnels auxiliaires de vie, -Le document « répartition des tâches IDE ».	Ecart 16 : Le type de toilettes n'est pas précisé dans les fiches de tâches hebdomadaires. Les toilettes au lit et complètes sont des actes de soin, contrairement à l'accompagnement à la toilette, ce qui suppose des glissements de tâches. (Article L.311-3 1° du CASF, Article R4311-5 du CSP) Remarque 13 : La « répartition des tâches IDE » est non datée et le rédacteur du document n'est pas indiqué.	L'établissement a répondu que les types de toilettes étaient indiqués « En salle de transmission et sur chariots d'étage » ainsi que le logiciel de soins de l'EHPAD. De plus, l'établissement a transmis l'organisation de la prise en soins dans les étages « Sante-Geneviève ». Ce document explicite le fait que des toilettes au lit sont effectuées par des auxiliaires de vie (page 2) ce qui constitue un glissement de tâches. L'établissement n'a pas transmis d'élément sur le document « répartition des tâches IDE ». Au vu des éléments transmis caractérisant un glissement de tâches, la prescription est transformée en une nouvelle injonction. L'établissement a indiqué avoir mis à jour sa procédure de « préadmission et admission d'un nouveau résident » mais n'a transmis aucun élément apportant la preuve qu'une évaluation gériatrique est bien assurée par le médecin coordonnateur à leur admission du résident dans l'EHPAD.	Prescription transformée en injonction n°3
13	Mettre en place une évaluation gériatrique des résidents, assurée par le médecin coordonnateur, à leur admission dans l'établissement.	Ecart 17 : La mission ne peut établir la tenue d'une évaluation gériatrique du résident au moment de l'admission ce qui contrevient à l'article D312-158 2° du CASF.	Prescription maintenue Délai : Immédiat	
14	Compléter la démarche relative au PAP dans l'établissement en : -Retravaillant la procédure de l'établissement pour inclure la participation directe du résident à l'élaboration de son PAP, -Assurant que chaque résident dispose d'un PAP valide actualisé annuellement.	Ecart 18 : La procédure transmise ne mentionne pas les modalités de participation du résident à son projet d'accompagnement personnalisé ce qui contrevient à l'article L311-3 7° du CASF. Ecart 19 : [REDACTED] des résidents disposaient d'un projet d'accompagnement personnalisé valide au jour du contrôle ce qui contrevient à l'article L311-3, 3° du CASF.	Prescription maintenue Dans l'attente de la transmission de la procédure mise à jour, du contrat de la psychologue à recruter et du calendrier mis à jour après l'arrivée de la nouvelle psychologue Délai : 3 mois	

		Remarque 25 : La procédure transmise ne précise pas les modalités et la périodicité de révision du projet d'accompagnement personnalisé, qui doivent être à minima annuelles.		
15	Mettre en place une commission de coordination gériatrique dans l'établissement.	Ecart 20 : La mission ne peut établir la réunion annuelle de la commission de coordination gériatrique ce qui contrevient à l'article D312-158, 3° du CASF.	L'établissement a transmis le compte-rendu d'une commission gériatrique qui s'est tenue le 16 janvier 2025.	Prescription retirée
16	Compléter le contrat de séjour en incluant une annexe relative aux mesures d'exercice de la liberté d'aller et venir du résident.	Ecart 21 : Le contrat de séjour ne comporte pas d'annexe relative aux mesures d'exercice de la liberté d'aller et venir du résident ce qui contrevient à l'article R311-0-6 du CASF.	L'établissement a bien transmis une annexe relative aux mesures d'exercice de la liberté d'aller et venir du résident qui reprend exactement le modèle proposé par le CASF. Elle précise la liberté d'aller et venir au sein de la structure, sa durée, les modalités d'évaluation (par le MedCo et l'équipe médico-sociale) et de révision (possible à tout moment et au moins tous les 6 mois). La liberté d'aller et de venir n'est pas réduite à l'intérieur de l'établissement.	Prescription maintenue Dans l'attente de la modification de l'annexe au contrat de séjour. Délai : 1 mois.
17	Compléter la procédure de délégation d'administration des médicaments entre IDE et AS en : -Différenciant l'administration des médicaments de l'acte d'aide à la prise, -Précisant que les actes délégués restent de la responsabilité de l'IDE.	Ecart 22 : La procédure de délégation d'administration ne différencie pas l'administration des médicaments et les actes d'aide à la prise ce qui contrevient aux dispositions de l'article R4311-7 du CSP. Remarque 29 : La procédure de délégation ne précise pas que les actes délégués restent de la responsabilité de l'IDE et que la dispensation de certains médicaments ne peut pas être déléguée aux AS.	L'établissement n'a pas transmis la nouvelle procédure de délégation d'administration des médicaments entre IDE et AS complétée.	Prescription maintenue Délai : 1 mois.
18	Mettre en place et transmettre un document de suivi des E/IEG et EIGS dans l'EHPAD indiquant leur traitement et s'ils ont fait l'objet d'une déclaration aux autorités de tutelles			Nouvelle prescription Délai : 1 mois.

	Recommandations envisagées	Réf. rapport	Réponse de l'établissement au contradictoire	Décision
1	Compléter le projet d'établissement en : -Le faisant signer par l'organisme gestionnaire, -Le faisant valider par le CVS.	Remarque 1 : Le projet d'établissement n'est pas signé par l'organisme gestionnaire et ne mentionne pas une validation préalable par le CVS.	Pas de réponse de l'établissement sur ce point.	Recommandation maintenue
2	Faire apparaître les liens hiérarchiques et fonctionnels dans l'organigramme de l'établissement.	Remarque 2 : L'organigramme de l'établissement ne fait pas apparaître les liens hiérarchiques et fonctionnels.	Pas de réponse de l'établissement sur ce point.	Recommandation maintenue
3	Transmettre une fiche de poste ou une lettre de mission détaillant les missions attachées au poste de directeur.	Remarque 3 : Aucune fiche de poste ou lettre de mission du directeur n'a été transmise à la mission.	Pas de réponse de l'établissement sur ce point.	Recommandation maintenue
4	Formaliser une procédure relative aux cas d'agression et de harcèlement sexuel.	Remarque 12 : L'établissement ne dispose pas de procédure relative aux cas d'agression et de harcèlement sexuel.	Pas de réponse de l'établissement sur ce point.	Recommandation maintenue
5	Transmettre le plan de développement des compétences 2024.	Remarque 16 : Les données fournies ne permettent de déterminer pour l'ensemble des formations proposées : les différentes catégories de personnel, les salariés concernés et le nombre d'heures.	Pas de réponse de l'établissement sur ce point.	Recommandation maintenue
6	Rédiger un livret d'accueil des nouveaux salariés et l'accompagnement des nouveaux salariés.	Remarque 18 : L'établissement n'a pas transmis de procédure relative à l'accueil et à l'accompagnement des nouveaux salariés, ni de livret d'accueil destiné aux nouveaux salariés.	Pas de réponse de l'établissement sur ce point.	Recommandation maintenue
7	Transmettre la fiche de tâches heurées des garde-malades.	Remarque 22 : La liste des tâches pour les garde-malades n'a pas été transmise.	Pas de réponse de l'établissement sur ce point.	Recommandation maintenue

8	Transmettre le planning des professionnels de nuit.	Remarque 23 : Le planning fourni par l'établissement n'est pas clair au niveau de la présence des professionnels de nuit.	Pas de réponse de l'établissement sur ce point.	Recommandation maintenue
9	Compléter la procédure d'admission dans l'établissement pour indiquer la participation du médecin coordonnateur à l'admission et la tenue de l'entretien médical préalable.	Remarque 24 : La procédure d'admission de l'établissement ne mentionne pas la participation du médecin coordonnateur à l'admission et ne précise pas si un entretien médical préalable à l'entrée est organisé.	La nouvelle procédure d'admission n'a pas été transmise.	Recommandation maintenue
10	Assurer que tous les résidents disposent d'un médecin traitant dans l'établissement.	Remarque 27 : Tous les résidents n'ont pas de médecins traitants.	L'établissement a recruté [REDACTED] Elle note cependant qu'au moment du contrôle [REDACTED] résidents n'avaient pas de médecins traitants. Pour assurer une prise en charge optimale, il serait nécessaire [REDACTED] le temps de présence du médecin prescripteur.	Recommandation maintenue
11	Sensibiliser les médecins traitants intervenant dans l'établissement à l'utilisation du logiciel de soin.	Remarque 28 : La majorité des médecins traitants intervenant dans l'établissement n'utilisent pas le logiciel de soin.	Le RAMA 2024 transmis indique que les [REDACTED] médecins traitants qui interviennent dans l'établissement prescrivent dans le logiciel de soins.	Recommandation retirée

