

**Cabinet du Directeur général
Inspection régionale autonomie santé**

**Délégation départementale de l'ARS
de Paris**

**Sous-Direction de l'Autonomie, Direction de
l'Action sociale, de l'enfance et de la santé,
Ville de Paris**

Directeur Général
Fondation de Rothschild
76 rue de Picpus
75012 PARIS

Affaire suivie par : Florence LALLEMAND JASON

Saint-Denis, le 27 février 2025

Lettre recommandée avec AR
N° 2C59555172021

PJ : Rapport d'inspection

Référence : 2024_IDF_00372

Objet : Lettre d'intention de notification de mesures correctives envisagées - Inspection des 17, 18 et 19 juin 2024 au sein de l'EHPAD Maison de retraite et de gériatrie de la Fondation de Rothschild.

Monsieur le directeur général,

Le Gouvernement a engagé début février 2022 la mise en œuvre d'un plan national d'inspection et de contrôle des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) dont les effets attendus sont les suivants :

- Prévenir, repérer et corriger, le cas échéant, les écarts à la norme, les carences, les risques de maltraitance et les dysfonctionnements de nature à affecter la prise en charge des personnes âgées accueillies en EHPAD et / ou le respect de leurs droits ;
- Améliorer la qualité globale des prestations mises en œuvre par les EHPAD, aux fins de garantir la sécurité et le bien-être des résidents, l'individualisation des prises en charge et le respect de leurs droits et libertés.

L'inspection diligentée sur le fondement de l'article L.313-13. V du code de l'action sociale et des familles (CASF) qui a eu lieu les 17, 18 et 19 juin 2024 au sein de l'EHPAD Maison de Retraite et de Gériatrie Rothschild (n° FINESS 750800534) de façon inopinée s'est inscrite dans ce cadre.

La mission d'inspection nous a remis son rapport dont vous trouverez un exemplaire ci-joint.

Plusieurs points positifs ont été relevés :

- Un taux d'occupation très satisfaisant ;
- Un Projet d'Etablissement formalisé 2022-2027 avec une actualisation du projet médical en avril 2024 ;
- Un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) animé par une équipe pluridisciplinaire ;
- Des présences médicale et infirmière en continu (H24) auprès des résidents ;
- Une structuration du circuit des réclamations, plaintes et enquêtes de satisfaction et une procédure connue de déclaration des événements indésirables ;
- Des formations effectives régulières AFGSU, gestes de premier secours ;

- Un site sécurisé avec un poste de sécurité qui filtre les visiteurs et des astreintes techniques opérationnelles 7J/7 24h24 ;
- Plusieurs partenariats avec des établissements de soins permettant la prise en charge fluide des résidents en cas de besoin (e.g. urgences, gériatrie, chirurgie, psychiatrie). Les conventions avec un service d'HAD et avec une équipe mobile de soins palliatifs permettent leur intervention en cas de besoin au sein de l'EHPAD.

Cependant, plusieurs constats de la mission mettent en évidence des défauts de respect des droits des résidents, et une dégradation de la qualité et de la sécurité de leurs prises en charge.

Ainsi, un nombre très important d'écarts et de remarques ont été relevés sur les points suivants :

– Gouvernance :

- Les personnes en responsabilité de la coordination des soins ne disposent pas toutes de diplômes et/ou d'expérience professionnelle leur permettant d'exercer ces fonctions, et de contrats et fiches de postes en adéquation avec leurs missions ;
- Les contrats de travail des médecins coordonnateurs ne précisent ni la quotité de travail allouée à leur mission de coordination ni celle affectée à la prescription ;
- Le fonctionnement et la composition du CVS ne sont pas conformes à la réglementation et n'offrent pas de garanties quant au respect des droits des résidents et des familles ;
- Les dysfonctionnements et événements indésirables graves ne sont pas tous déclarés par l'EHPAD aux autorités de tutelle et de tarification ; les professionnels sont peu incités à signaler les EI en interne du fait de l'imprécision de la procédure ad hoc sur la répartition des responsabilités entre le professionnel et la hiérarchie et sur le régime de protection des déclarants.

– Fonctions supports :

- Les ETP en CDI d'IDE et d'AS/AES/AMP ne permettent pas de faire face à la charge d'activité normale en soins et en dépendance de l'établissement. Le recours de manière structurelle aux personnels en contrat de courte durée n'apporte pas de garantie suffisante quant à la qualité de la prise en charge et la sécurité des résidents ;
- L'étude des plannings démontre une alternance régulière de périodes de sureffectif et de sous-effectif par rapport à l'organisation cible, et ce quels que soient les pôles. Les problèmes de répartition du personnel induisent une hétérogénéité dans la qualité des prises en charge ;
- En recrutant et en affectant du personnel qui ne dispose pas des qualifications requises pour exercer des fonctions d'aide-soignant, l'établissement ne garantit pas la qualité et la sécurité des soins ;
- La réalisation de mini-formations internes n'est pas organisée au niveau institutionnel et est laissée à l'appréciation du personnel d'encadrement de chacun des étages des pôles, ce qui ne permet pas une diffusion et homogénéisation des bonnes pratiques au sein de l'EHPAD ;
- Le défaut de portage des formations « Humanitude™ » (promotion de la bientraitance) à l'ensemble des échelons hiérarchiques (les cadres de soins sont en retrait) obère sa portée et sa mise en œuvre opérationnelle par les équipes ;
- Les mesures de biotonoyage dans l'établissement ne sont pas suffisantes pour garantir la qualité de la prise en charge des résidents et les conditions de travail des soignants ;
- La présence de nuisibles (pigeons dans les espaces extérieurs, agora et salle à manger du rez-de-chaussée, souris et cafards dans les unités) ne permet pas de garantir des conditions d'hygiène satisfaisantes et peut constituer un risque sanitaire pour les personnes vulnérables que sont les résidents en EHPAD ;
- Le système d'appel-malade présente des dysfonctionnements et n'est pas pleinement opérationnel, ce qui ne permet pas de garantir une réponse rapide en cas d'urgence.

– Prise en charge :

- La traçabilité des prises en charge dans les dossiers médicaux et de soins des résidents est insuffisante sur plusieurs points :
- La réalisation d'un bilan gériatrique dans le mois qui suit l'admission, n'est pas systématique ;
- Les résidents ne bénéficient pas tous d'un projet d'accompagnement individualisé ;
- La réalisation d'une synthèse médicale annuelle n'est pas effective ;
- Les pratiques de contentions ne respectent pas les droits des résidents et contreviennent à leur liberté d'aller et venir : la balance bénéfice-risque n'est pas toujours tracée dans le dossier médical du patient tout comme le consentement du résident ou de ses proches dans l'annexe au contrat de séjour ; la date de fin de contention n'est pas précisée et les critères de réévaluation des contentions ne sont pas formalisés ;
- L'accès à un bilan orthophonique précis paraît limité pour les résidents qui présentent des troubles de la déglutition et la prescription médicale de texture alimentaire n'est pas systématiquement tracée dans les dossiers médicaux des résidents ;
- Un régime alimentaire adapté n'est pas prescrit pour un nombre significatif de résidents notamment dénutris ;
- Les prescriptions médicamenteuses en matière de neuroleptiques, hypnotiques et anxiolytiques ne sont pas limitées à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins ;
- Certaines procédures de soins indispensables (i.e. diabète, crise épileptique) ne sont pas élaborées.

– Circuit du médicament :

- L'identitovigilance n'est pas assurée dans l'établissement, notamment lors de l'étape d'administration des médicaments du fait d'une absence de mentions suffisantes sur les piluliers (absence du numéro de chambre et/ou de la photo du résident) et d'un manque de lisibilité sur certains piluliers des nom ou prénom du résident. Ce point est d'autant plus problématique que des homonymies ont été constatées lors de l'inspection et que les EI déclarés concernent surtout des erreurs d'identitovigilance ;
- Il n'y a pas de protocole/mode opératoire spécifique sur le broyage des médicaments définissant les responsabilités de chaque partie (IDE, AS et médecins). Le système d'écrasement ne fait pas l'objet d'un nettoyage régulier et la méthode semble différer selon les IDE avec des délégations non formalisées aux AS ;
- La délégation de tâches d'administration de certains médicaments par les IDE aux AS n'est pas formalisée au travers de procédures ni ne fait l'objet de formations d'habilitation ;
- La traçabilité de l'administration des traitements est opérée sur le logiciel OSIRISTM à distance de la prise ce qui peut être source d'erreurs de saisie. Cette traçabilité est incomplète et n'est pas satisfaisante car seule l'action de l'administration des médicaments est à cocher sans spécificité sur les difficultés rencontrées et il n'y a pas la possibilité de différencier quel médicament a été pris ou non pris. A cela s'ajoute, pour certains piluliers, l'impossibilité d'identifier les médicaments à administrer ;
- Les postes de soins ne disposent pas tous d'un local dédié et sécurisé pour les réserves de médicaments, ni d'un système de ventilation et de régulation de la température des locaux.

Certains des constats de la mission identifient un risque global de maltraitance sur deux des sept situations identifiées par la HAS dans ce domaine¹ :

- Maltraitance physique : indications, renouvellement et informations concernant les contentions mises en place, y compris en ce qui concerne les prescriptions psychotropes chez les patients présentant des symptômes de type Alzheimer.
- Négligences : défaut de réponse aux appels malades, lacunes dans le suivi et la prise en charge de l'hygiène corporelle, absence de coopération avec les proches.

¹ Recommandations de bonnes pratiques, HAS, 2024 : « bientraitance et gestion des signaux de maltraitance en établissement-personnes majeures- secteur sanitaire, médico-social et social », fiche 1 : Reconnaître une situation potentielle de maltraitance envers les personnes accueillies

Ces constats nécessitent que soient engagées de façon structurée des actions correctives applicables à l'ensemble de l'établissement et qu'un plan opérationnel de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance soit défini, au-delà des actions déjà engagées au sein de l'établissement pour la promotion de la bientraitance.

Aussi, compte-tenu de ces constats, nous envisageons de vous notifier 7 injonctions, 18 prescriptions et 17 recommandations figurant en annexe 1 du présent courrier et portant notamment sur :

- La gouvernance :
 - o Conformité aux conditions de l'autorisation (P15, R1)
 - o Management et stratégie (P1, P14, P17, R2)
 - o Gestion de la qualité (I2, I3, R3)
- Prise en charge :
 - o Soins (I4, I5, P6, P7, P8, P11, P18, R9 à R16)
 - o Respect des droits (I1, I6, P3, P4)
- Fonctions support :
 - o Gestion des Ressources Humaines (P5, P9, P10, R5),
 - o Gestion des informations (P16, R7)
 - o Sécurité (I7, P13)

Dans le cadre de la procédure contradictoire prévue par les articles L. 121-1 et L. 122-1 du code des relations entre le public et l'administration, nous vous invitons à nous faire connaître vos observations sur les mesures correctives envisagées dans un délai d'un mois à compter de la réception du présent courrier.

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

Nous vous remercions de bien vouloir adresser à l'attention de Madame Florence Lallemand Jason la copie des éléments probants venant en appui de votre réponse sur la plateforme sécurisée de l'Agence régionale de santé Ile-de-France BlueFiles™ via le lien suivant : [redacted] et à la Ville de Paris, à l'adresse suivante : [redacted]

Une note d'information concernant cette transmission figure en annexe 2.

Sans réponse de votre part à l'issue de ce délai, nous vous notifierons nos décisions définitives telles que figurant à l'annexe précitée.

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

Le Directeur général
de l'Agence régionale de santé
Île-de-France



Denis ROBIN

La Maire de Paris

Le Directeur Adjoint des Solidarités



RGER

Copie :

[redacted]
Directrice
EHPAD Maison de retraite et de gériatrie
80 rue de Picpus

Annexe 1 : Mesures envisagées dans le cadre de l'inspection réalisée les 17, 18 et 19 juin 2024 au sein de l'EHPAD Maison de retraite et de gériatrie (n°FINESS 750800534), 75012 PARIS

Injonctions :

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
Inj 1 3.2-Prise en charge-Respect des droits et des personnes	L'EHPAD doit tout mettre en œuvre pour garantir les réponses aux besoins élémentaires du résident et faire cesser les négligences portant atteinte à ses besoins fondamentaux, sa santé, ses droits, sa dignité ou son intégrité, et en pratique : - Elaborer et mettre en œuvre un plan global de promotion de la bientraitance, - Mettre en place une organisation des soins d'hygiène et infirmiers pérenne (hors urgences) et faire respecter les plans de soins pour la réalisation des toilettes, - Réviser les procédures relatives à la déclaration des actes de maltraitance en y mentionnant le régime de protection des déclarants, - Elaborer une procédure dédiée aux situations de violence ou de harcèlement sexuel, - Déployer les formations à la bientraitance au niveau des cadres de proximité pour soutenir et favoriser la mise en œuvre opérationnelle par les équipes. Transmettre aux organismes de contrôle les éléments probants de mise en œuvre.	Article L 311-3 et D312-155-0 du CASF Article L119-1 du CASF Article L 313-24 du CASF	E50, E51, R 12, R13, R29 R53	6 mois
Inj 2 1.4-Gouvernance-Gestion de la qualité	Renforcer le pilotage, la structuration et l'effectivité de la démarche d'amélioration continue de la qualité de la prise en charge des résidents : - Par la formalisation d'un dispositif de recueil et d'analyse centralisé des réclamations des usagers et de leurs proches, et la prise en compte notamment des CR des commissions restauration et des CR des CVS pour alimenter un plan d'actions d'amélioration de la qualité réaliste et suivi au niveau de chaque pôle et contrôlé au niveau de la direction,	Articles L 331-8-1 et R 331-8 et 9 CASF Article R1413-67 à 70 du CSP et R 1413-79 du CSP Article L311-3 CASF (qualité de l'accompagnement des résidents) Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS de mars 2022	R17, R18, R28, R32, R43, R46	6 mois

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
	- Par l'établissement d'un bilan des EI et dysfonctionnements accompagné d'une analyse et d'un plan d'actions et de mesures correctrices et la présentation de ce bilan et du plan d'actions en CVS, - Par une analyse pluridisciplinaire des causes des dysfonctionnements au sein de chaque pôle (direction, MEDCO, cadres de santé, équipe soignante) avec les personnes impliquées dans l'EI, afin de nourrir un plan d'actions réaliste au niveau de chaque pôle, hiérarchisé en fonction de la criticité du risque correspondant et opérationnel (pilote d'action désigné au niveau du pôle et date d'échéance), - En mettant en place des évaluations régulières des pratiques professionnelles en interne, et des actions d'analyse de pratique par un intervenant extérieur aux équipes dans chacun des pôles, - En réalisant régulièrement des mini-formations aux équipes sur les bonnes pratiques professionnelles sur la base d'un calendrier prédéfini et d'un suivi de l'effectivité de ces formations pour chacun des pôles, organisé et vérifié au niveau de la direction, Il est attendu la transmission du plan d'actions d'amélioration de la qualité, du CR de CVS de présentation du bilan des EI et du plan d'actions, des procédures révisées et des feuilles d'émargement des formations et des réunions d'informations et de sensibilisation des professionnels dans chacun des pôles.			
Inj 3 1.4-Gouvernance- Gestion de la qualité	Développer une politique de déclaration et de traitement des dysfonctionnements et événements indésirables graves au sein de l'établissement : - En encourageant les signalements internes d'EI par une clarification de la procédure sur les responsabilités incombant au personnel et à la hiérarchie, - En clarifiant le circuit de signalement interne pour les chutes relevant d'une gestion d'événement indésirable grave afin que ces chutes soient déclarées dans le logiciel de traitement des EI et pas uniquement tracées dans le logiciel de soins,	Articles L 331-8-1 et R 331-8 et 9 CASF Article R1413-67 à 70 du CSP et R 1413-79 du CSP Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des événements indésirables des structures sociales et médico-sociales (liste des événements indésirables).	E10, E13, R15, R16	6 mois

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
		- En mettant en place une formation des professionnels afin d'inscrire le signalement interne des EI dans une culture positive de l'erreur (HAS Manuel d'évaluation 2022) pour lever les freins à la déclaration non anonymisée. - En déclarant systématiquement aux autorités administratives compétentes la totalité des dysfonctionnements et EI graves dans la gestion ou l'organisation susceptibles d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits. Il est attendu la transmission des procédures révisées et des feuilles d'émargement des formations et des réunions d'informations et de sensibilisation des professionnels dans chacun des pôles.			
Inj 4	3.8-Prise en charge-Soins	Sécuriser la distribution, l'administration et l'aide à la prise des médicaments : 1/ Pour tout résident présentant des troubles de la déglutition, en apposant sur la prescription une mention indiquant que les traitements doivent être écrasés. Le prescripteur, en lien avec la PUI, doit s'assurer préalablement que les formes prescrites sont bien écrasables. 2/ En permettant l'identification, par une liste et ou par une mention apposée par la pharmacie sur les sachets, des médicaments écrasables ou diluables. La liste des médicaments écrasables ou ouvrables doit être connue des infirmiers, constamment à leur disposition et régulièrement consultée. 3/ En établissant un protocole et mode opératoire spécifique sur le broyage des médicaments, définissant les responsabilités de chaque partie (médecin, IDE et AS) 4/ En formalisant les délégations d'administration des médicaments des IDE aux AS, d'une part, et aux AES chargés de l'aide aux actes de la vie courante, en leur présence, d'autre part. 5/ En formant les AS et en établissant la liste du personnel AS formé et habilité à administrer les médicaments dans les limites prévues par la réglementation	Article L 311-3 1° du CASF Article L 313-12 V du CASF Article L313-26 du CASF et R 4311-4 du CSP	E21, E54, E57, E 63, E64, E65, E66, E67, R 27 et R67	6 mois

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
	6/ En assurant la mise à disposition d'un équipement informatique en nombre suffisant, opérationnel et connecté pour permettre la consultation des prescriptions avant la dispensation des médicaments 7/ En traçant en temps réel l'administration des médicaments avec la mention des difficultés rencontrées et des médicaments pris ou non afin de limiter le risque d'effet indésirable ou d'absence d'efficacité (surdosage, non administration etc) 8/ En contrôlant la durée d'utilisation des produits de santé et médicaments à usages multiples après leur mise en service, et en respectant les dates de péremption 9/ En maintenant les médicaments sous blister pour rendre l'identification possible jusqu'à l'aide à la prise 10/ Les procédés d'identification des résidents lors de la distribution des médicaments doivent être renforcés, pour éviter tout éventuelle erreur d'administration, notamment lors des remplacements d'infirmier. Les piluliers doivent mentionner de manière lisible les noms et prénoms des résidents et préciser le numéro de la chambre et ou la photo du résident 11/ Des formations et sensibilisation des professionnels à la prise en charge médicamenteuse doivent être réalisées et s'appuyer sur des référents (MedCo, pharmacien, cadre de santé), et la liste d'émargement adressée à l'ARS. Transmettre à l'ARS les éléments de preuve de la conformité de la traçabilité de l'administration de médicaments, ainsi que les moyens permettant l'identitovigilance lors de l'administration des médicaments, la liste des médicaments écrasables ou diluables, le protocole de broyage des médicaments diffusé aux IDE, la liste des AS formées et habilitées à l'administration des médicaments, les feuilles d'émargement des formations. Garantir que les prescriptions de médicaments et de produits de santé sont bien adaptées aux impératifs gériatriques, et en particulier que les prescriptions médicamenteuses en matière de neuroleptiques, d'hypnotiques et anxiolytiques soient limitées à ce qui est nécessaire à la qualité, la sécurité et à l'efficacité des soins.			
Inj 5	3.8-Prise en charge-Soins	Article L 313-12 V du CASF Article D312-155-0 2° du CASF Article L 311-3 du CASF Article R 4127-8 du CSP	E58, R69 et R70	1 mois

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Référentiel	Délai de mise en œuvre
Inj 6	3.2-Prise en charge-Respect des droits et des personnes Réviser la mise en œuvre des contentions au sein de la MRG Rothschild afin de limiter l'atteinte au droit d'aller et venir des résidents : 1. Les contentions doivent être prescrites avec une durée limitée et régulièrement réévaluées en équipe pluridisciplinaire sur la balance bénéfices-risques. La durée maximale de prescription des contentions devrait être limitée à un mois afin de respecter les RBPP. 2. L'établissement doit recueillir le consentement de la personne ou à défaut de son entourage avant la mise en place de contentions et de toutes formes restrictives au droit d'aller et venir, et en assurer la traçabilité via la signature de l'annexe 9 au contrat de séjour qui doit mentionner les modalités de décision et de mise en œuvre de celle-ci.	Article 8 du code de déontologie médicale Recommandations de bonne pratique, HAS, Mai 2009 : « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs » Article L.311-4-1 du CASF, Article L. 311-3 du CASF, Article D. 311-V 8° du CASF et articles R. 311-0-5 à -0-9 ainsi que R. 311-37-1 du CASF Modèle d'annexe au contrat de séjour dans l'annexe 3-9-1 du décret n° 2016-1743 du 15 décembre 2016 Recommandations de bonnes pratiques professionnelles « Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée » HAS octobre 2000	E40 et E41	6 mois
Inj 7	2.5-Fonction support-Sécurité Faire vérifier l'ensemble des dispositifs d'appel-malades, effectuer la maintenance et réparations, et fournir aux autorités de contrôle l'élément de preuve par tout moyen. Assurer un suivi effectif des délais de réponse par l'analyse des enregistrements des appels, permettant l'évaluation des réalisations et délais de réponse et sensibiliser les équipes aux risques sur la sécurité du résident en cas d'urgence.	Articles L 311-3 1° et D 312-155-0, I 2° du CASF.	E31	3 mois

Prescriptions :

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Référence Rapport	Délai de mise en œuvre
Presc 1 1.2- Gouvernance-Management et Stratégie	L'organisation médicale relative aux fonctions des MédCo doit être clarifiée, formalisée et homogénéisée entre les différents pôles : temps dédié de MédCo et temps consacré aux fonctions de médecin prescripteur (médecins traitants des résidents) ; les missions de MédCo et celles de médecin prescripteur doivent faire l'objet de contrats et de plages horaires différenciés. La direction doit signer avec chacun des médecins coordonnateurs, un avenant au contrat mentionnant le temps d'activité au titre de la coordination médicale, et lorsque le médecin coordonnateur intervient en tant que médecin traitant, le contrat mentionné à l'article R 310-30-1 du CASF doit être signé.	Article L314-12 du CASF Article D312-159-1 du CASF Article R 310-30-1 du CASF	E4, R9 et R10	3 mois
Presc 2 1.3- Gouvernance-Animation et fonctionnement des instances	Afin que les familles et les usagers puissent pleinement exercer leurs droits d'expression et d'information, veiller à la complétude de la composition du CVS et à son bon fonctionnement : le respect des représentations des différents collèges, l'adoption de son règlement de fonctionnement, le respect des règles de convocation, la formalisation et signature des PV, la tenue de réunions régulières, le respect des prérogatives du CVS et son information sur les bilans des événements indésirables graves et les dysfonctionnements ainsi que les mesures correctrices prises pour y remédier.	Articles D.311-4, D.311-5, D.311-13 & D.311-14 du CASF. Articles D.311-5, D.311-8, D.311-9, D.311-16, D.311-17, D.311-19 et D.311-20 du CASF. Article R.331-10 du CASF	E5, E6, E7, E8, E9 et R17	9 mois
Presc 3 3.2-Prise en charge-Respect des droits et des personnes	Garantir l'expression des droits des résidents en : 1/ Formalisant et faisant signer par les deux parties (établissement et usagers et ou son représentant) systématiquement le contrat de séjour et en gardant la trace dans le dossier du résident ; 2/ Elaborant un projet d'accompagnement personnalisé intégrant le projet de soin pour chaque résident admis et le faisant signer au résident et/ou son représentant légal, et en assurant sa réactualisation régulière ; 3/ Assurant une information des résidents et de leurs familles sur leurs droits et voies de recours, en procédant à l'affichage de la charte des droits et des libertés et de la liste des personnes qualifiées ;	Article L 311-3 du CASF Article L311-4 du CASF Article L311-5 du CASF. Articles R4127-73 et L.1110-4 du CSP	E23, E24, E25, E26, E34, E35, E38, E39,	9 mois

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Référent	Délai de mise en œuvre
	4/ Recueillant systématiquement l'avis des résidents lors des enquêtes de satisfaction ; 5/ Archivant les données à caractère médical uniquement dans le dossier médical et en stockant les dossiers médicaux papier dans des armoires fermant à clé afin de préserver la confidentialité des informations médicales. En sensibilisant et formant l'ensemble des professionnels de soins à la sécurisation des données de soins infirmiers des résidents, que ce soit sous format papier ou format numérique (sécurisation des sessions informatiques, fermeture des sessions en cas d'absence).	Article 226-13 du Code pénal Article R.4127-45 du CSP. Article R4312-35 du CSP Article D312-155-0-1 (3°) du CASF	E42, E45, R14, R42, R57	
Prescripteur 4	Améliorer la qualité de la prise en charge quotidienne des résidents en : 1/ Garantissant l'accès à l'intégralité du socle des prestations d'hébergement délivrées par l'EHPAD pour tous les résidents en particulier les plus vulnérables hébergés en UVP, notamment la mise à disposition systématique d'une collation nocturne et l'accès aux animations collectives et l'organisation d'activités dans les étages ; 2/ Garantissant le respect des goûts alimentaires et des aversions des résidents par une application effective des procédures de plats de substitution ; 3/ Identifiant les professionnels intervenant auprès des résidents par le port de badge systématique ;	Article D312-159-2 du CASF Annexe 2-3-1 (III 2°) du CASF	E42, E45, R30, R48,	3 mois
Prescripteur 5	Engager un plan de recrutement, d'attractivité, de fidélisation et de fidélisation des personnels, vérifier systématiquement les diplômes des salariés, y compris ceux en CDD courts, et assurer quotidiennement dans : 1- les effectifs soignants diurnes et nocturnes, matin et soir, de chaque unité, la présence de personnels stables disposant des qualifications attendues (certification ou diplôme d'Etat d'Aide-Soignant (AS), d'aide médico-psychologique (AMP) ou d'accompagnant éducatif et social (AES)) en adéquation avec les besoins des résidents. Les effectifs doivent correspondre aux effectifs cibles pour une prise en charge homogène tout au long de la journée et des jours qui se suivent. 2- chacune des unités de l'EHPAD la présence du nombre d'infirmiers requis afin de répondre aux besoins en soins infirmiers des résidents.	Article L 311-3 du CASF Article D 312-155-0 II du CASF	E 14, E15, E19, E20, R20, R21, R22, R23, R33	3 mois

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réf Rappo rt	Délai de mise en œuvre
	Transmettre les documents qui en attestent.			
Presc 6	3.8-Prise en charge-Soins Revoir l'organisation et la réalisation des soins pour permettre une prise en charge qualitative et sécurisée des résidents et transmettre les documents qui en attestent : - Tracer systématiquement dans le dossier médical du résident les éléments colligés lors du bilan de kinésithérapie initial et notamment les résultats des tests évaluant ses capacités motrices, même si ceux-ci ne sont pas évaluables en l'indiquant dans son dossier médical ; - Réaliser et tracer dans son dossier médical systématiquement la recherche d'un trouble de la déglutition à l'admission du résident à partir de son domicile ; - Pour les résidents qui le nécessitent, faire réaliser par des orthophonistes une évaluation spécialisée des troubles dysphagiques afin de préciser le diagnostic des troubles de la déglutition ; - Réaliser et tracer systématiquement la synthèse médicale annuelle dans les dossiers des résidents ; - Tracer systématiquement la prescription de la texture alimentaire dans le dossier médical de chaque résident et mettre en place une procédure graduée pour le passage de repas à texture normale au repas à texture mixée (recours à texture hachée) ; - Assurer le suivi mensuel du poids particulièrement chez les résidents dénutris ; - Tracer systématiquement dans le dossier médical les IMC calculés mensuellement pour chaque résident accueilli au sein de l'EHPAD Rothschild ; - Réunir le Comité de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN) ;	Article R 4321-2 du CSP Articles L311-3 ; D312-155-0 et D312-158 du CASF ; Articles L1110-1, L1110-5, L1112-4 du CSP. Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus ; HAS, novembre 2021	E11, E32, E37, E43, E46, E47, E48, E49, R47, R49, R50, R51, R52	3 mois
Presc 7	3.8-Prise en charge-Soins Améliorer et renforcer l'évaluation médicale à l'admission du résident : - Réaliser systématiquement un examen clinique à l'admission et en assurer systématiquement la traçabilité dans le dossier médical ; - Réaliser systématiquement un bilan gériatrique à l'admission d'un résident ; - Réaliser à l'admission du résident une prescription médicale de régime alimentaire en adéquation avec ses antécédents personnels ;	Article L311-3 du CASF ; Article D312-158 du CASF Articles L1110-1 et L1110-5 du CSP.	E33, E36,	1 mois

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réf Rappo rt	Délai de mise en œuvre
Presc 8 3.8-Prise en charge-Soins	Revoir et rédiger des procédures dans le but d'améliorer la prise en charge médicale du résident : - Mettre en place une procédure complète d'évaluation, de suivi et de traçabilité des chutes avec explicitation des signes de gravité, de même que des réunions pluridisciplinaires de bilan des chutes des résidents ; - Mettre en place une procédure d'évaluation nutritionnelle prenant appui sur les dernières recommandations professionnelles en matière de diagnostic et de prise en charge de la dénutrition, de suivi et de traçabilité du poids et du taux de dénutrition des résidents et indiquer les mesures de renutrition recommandées (enrichissement des plats pour les résidents dénutris, CNO) ; - Elaborer les procédures de soins relatives aux maladies chroniques (e.g. diabète, épilepsie) et sensibiliser les professionnels soignants quant à leur contenu ; - Mettre à jour la procédure d'évaluation, de suivi et de traçabilité de la douleur des résidents, y inclure la collaboration IDE/AS lors de la distribution et aide à la prise d'un traitement, et former les professionnels ; - Actualiser les procédures d'accueil des nouveaux soignants mentionnant les protocoles en usage dans l'établissement et comment y accéder.	Article L311-3 du CASF ; Article D312-155-0 du CASF ; Article D312-158 du CASF Article L1110-5-3 du CSP Articles L1110-1, L1110-5, L1112-4 du CSP. Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus ; HAS, novembre 2021 Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée, HAS, 2007	E 12, E 44, E 53, R 19, R 31, R 38, R 49, R 62	3 mois
Presc 9 2.1-Fonctions support-Gestion des RH	Améliorer la gestion, la complétude et la tenue des dossiers RH des professionnels : 1. Vérifier systématiquement les diplômes de tous les salariés, en particulier ceux des aides-soignants de l'établissement, qu'ils soient en CDD courts ou en CDI. En garder la copie au dossier administratif du salarié. Transmettre les documents qui en attestent.	Article 4391-1 du CSP Articles L4311-15 et L4312-1 du CSP Articles L4111-1 et L4321-10 du CSP	E16, E20, R4, R5, R25,	3 mois

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
	2. Vérifier systématiquement l'inscription à l'ordre, et son renouvellement annuel, de tout professionnel qui relève d'une compétence ordinaire (médecin, masseur-kinésithérapeute, IDE) pour tous les salariés de l'établissement en poste et à venir. Garder la preuve de cette vérification au dossier administratif du salarié. 3. Vérifier systématiquement les casiers judiciaires des professionnels en contact avec les résidents et garder la traçabilité de cette vérification dans un tableau. Transmettre les documents qui en attestent.	Article L311-3 du CASF Article L133-6 du CASF	R26	
Presc 10 2.1-Fonctions support-Gestion des RH	Améliorer la gestion et le mode d'intervention des professionnels libéraux en : 1. Etablissant des conventions avec chaque professionnel libéral reprenant les modalités d'intervention du professionnel, la transmission d'informations et la traçabilité des actes, les modalités de coordination des soins avec les médecins coordonnateurs, la formation continue du professionnel et signées des deux parties. Transmettre les documents qui en attestent. 2. Mentionnant l'obligation faite aux kinésithérapeutes d'établir un bilan kinésithérapique dans les contrats qui lient l'établissement et les masseurs kinésithérapeutes libéraux. Il est attendu la transmission des avenants aux contrats des kinésithérapeutes spécifiant les obligations en matière d'établissement et de traçabilité des bilans kinésithérapiques.	Article L 314-12 du CASF Article R313-30-1 du CASF	E17, E18	6 mois
Presc 11 3.8-Prise en charge-Soins	Sécuriser l'accès aux médicaments, stupéfiants et aux déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI) ainsi que les conditions de stockage des médicaments : - Les horaires d'ouverture de la PUI doivent coïncider avec les horaires de présence du ou des pharmaciens ; - L'accès aux stupéfiants doit être sécurisé de façon à ce que seuls les personnels soignants autorisés y aient accès ; - Les médicaments doivent être détenus dans des locaux, armoires, ou autres dispositifs de rangement fermés à clef ou disposant d'un mode de fermeture assurant la même sécurité, et strictement réservés à la conservation des médicaments ; - Les locaux DASRI, techniques et postes de soins doivent être fermés à clés ;	Article L 311-3 1° du CASF Articles R. 5126-8 et R. 5126-16 du CSP Article R 1335-6 et 7 du CSP Article R 5132-80 du CSP	E28, E30 E55 E56 E59 E60 E61 E62 R54	3 mois

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
	- Les DASRI doivent être entreposés dans les locaux dédiés à cet usage et l'identification de l'établissement et de ses services doit figurer sur les cartons DASRI ; - Assurer au sein de la PUI des conditions de stockage des solutés massifs conformes à la réglementation ; - Assurer un suivi et un contrôle des températures pour le stockage des médicaments thermo-sensibles ; - Sécuriser, nettoyer, réparer ou changer les chariots de distribution des médicaments pour permettre un déplacement aisé et une utilisation rapide dans des conditions d'hygiène et de sécurisation satisfaisantes ; - Assurer la traçabilité relative au bionettoyage pour les locaux de soins, chariots de soins, réfrigérateurs et autres accessoires afin d'identifier son effectivité et sa fréquence, et ainsi s'inscrire dans une démarche qualité - CPIAS 2017 ;	Article 5 de l'arrêté du 12 mars 2013 ² Article 9 de l'arrêté du 31 mars 1999 ³ Article R5126-8 du CSP et Bonnes pratiques de Pharmacie Hospitalière (BPPH) 3.2 et 3.3. Articles R 4312-38 et R. 4312-37 du CSP	R55 R60	
Presc 12	2.4-Fonction support- Bâtiments, espaces extérieurs, équipements	Former les professionnels hôteliers au bio-nettoyage et intensifier les mesures de ménage et de bio-nettoyage dans l'établissement pour garantir la dignité et la sécurité des résidents et les conditions de travail des agents. Transmettre le protocole relatif à l'hygiène générale des locaux et au suivi de la prestation.	E27, R37, R39	3 mois
Presc 13	2.5-Fonction support- Sécurités	Transmettre les documents attestant de la mise en œuvre de tous les moyens recommandés par le règlement sanitaire de la Ville de Paris et les sociétés savantes pour la lutte contre la présence des nuisibles : pigeons dans la salle à manger, rongeurs et cafards dans les étages, et le risque de contamination humaine par ces nuisibles.	E29	6 mois

² Arrêté du 12 mars 2013 relatif aux substances, préparations, médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants dans les établissements de santé, les groupements de coopération sanitaire, les groupements de coopération sociale et médico-sociale, les établissements médico-sociaux mentionnés à l'article R. 5126-1 du code de la santé publique et les installations de chirurgie esthétique satisfaisant aux conditions prévues à l'article L. 6322-1 de ce même code et disposant d'une pharmacie à usage intérieur

³ Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé, les syndicats interhospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur mentionnés à l'article L. 595-1 du code de la santé publique

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réf Rappo rt	Délai de mise en œuvre
Presc 14	1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	Elaborer et faire valider le règlement de fonctionnement par l'instance compétente de l'organisme gestionnaire, après consultation des instances représentatives du personnel de l'établissement et du conseil de la vie sociale, en veillant à la complétude des informations, notamment les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles, et les éventuelles procédures administratives et judiciaires auxquelles exposent des faits de violence sur autrui. Transmettre les documents qui en attestent.	Article R311-33 du CASF Articles R311-35 et R311-37 du CASF	E2	12 mois
Presc 15	1.1- Gouvernance- Conformité aux décisions de l'autorisation ou de la déclaration	Déclarer auprès de l'ARS et de la Ville de Paris tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement de l'EHPAD MRG Rothschild au moins deux mois avant sa mise en œuvre de façon à permettre aux autorités compétentes d'exercer le contrôle sur l'incidence du changement envisagé en termes de conditions de l'autorisation, ou de risques susceptibles d'affecter la prise en charge des personnes accueillies ou le respect de leur droits et de faire le cas échéant opposition au changement envisagé.	Article L 313-1 II du CASF	E1	1 semaine et à chaque changem ent important envisagé
Presc 16	2.3-Fonction support-Gestion d'informations	Faire signer le RAMA par le directeur de la structure et les trois médecins coordonnateurs pour valider les constats et analyses de l'année écoulée. En faire un outil de management et de motivation des équipes soignantes en y intégrant une analyse relative aux événements indésirables afin de proposer une vision des actions d'amélioration à envisager pour l'année à venir,	Article D 312-158 du CASF	E22, R36	3 mois
Presc r 17	1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	Compléter le plan Bleu afin qu'il prenne en compte les objectifs opérationnels fixés dans le dispositif " ORSAN "	Article R311-38-1 du CASF Instruction interministérielle N° DGS/VSS2/DGCS/SD 3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de	E3	6 mois

Thèmes et Sous-Thème IGAS		Mesure envisagée	Texte de référence	Réf Rappo rt	Délai de mise en œuvre
Presc 18	3.8-Prise en charge-Soins	Assurer la traçabilité du contrôle régulier du Défibrillateur automatisé externe (DAE). Positionner le DAE dans un emplacement facilement accessible aux professionnels de l'EHPAD et à son public, qui permet son utilisation directe par toute personne présente dans l'enceinte de l'EHPAD. Mettre en place une signalétique pour le DAE respectant les indications de l'arrêté du 29 octobre 2019.	préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) Décret n° 2018-1186 du 19 décembre 2018 relatif aux défibrillateurs automatisés externes et à l'article R.5212-25 du CSP. Arrêté du 29 octobre 2019 relatif aux DAE et à leurs modalités de signalisation dans les lieux publics et les établissements recevant du public.	E 52, R61	1 mois

Recommandations

Thèmes et Sous-Thème IGAS		Mesure envisagée	Texte de référence	Réf Rapp ort
Reco 1	1.1- Gouvernance- Conformité aux décisions de l'autorisation ou de la déclaration	Le gestionnaire devrait veiller à ce que les places installées concordent avec les capacités autorisées. Dans l'hypothèse d'un projet de création d'une unité d'hébergement renforcé, le gestionnaire devra déposer un dossier de demande d'autorisation. La question de l'opportunité de création d'un deuxième PASA mérite d'être posée au regard de la taille de l'établissement, de son taux d'occupation, des besoins du territoire et des caractéristiques des résidents accueillis.		R1
Reco 2	1.2- Gouvernance- Management et Stratégie			R2, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R21 R34, R35
Reco 3	1.4- Gouvernance- Gestion de la qualité	L'établissement devrait désigner officiellement un ou des personnels soignants référents sur la PECM, au regard de la taille de l'établissement, du grand nombre de postes de soins et de la nécessité d'une homogénéité du circuit du médicament et de la prise en charge médicamenteuse des résidents entre les différents bâtiments.		R11
Reco 4	1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	L'équipe d'astreinte devrait assurer une traçabilité des appels reçus et traités de manière à sécuriser les décisions et faciliter les actions.		R3

Thèmes et Sous-Thème IGAS		Mesure envisagée	Texte de référence	Réf Rapp ort
Reco 5	2.1-Fonctions support-Gestion des RH	L'établissement devrait veiller à ce que le temps de travail mensuel de chaque salarié respecte la réglementation du droit du travail, et à ce que les salariés, en CDD ou en CDI ne dépassent pas le plafond annuel d'heures supplémentaires.		R24
Reco 6	3.1-Prise en charge-Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Le processus d'admission devrait s'appuyer sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM « Qualité de vie en EHPAD, volet 1 » HAS-2011. L'établissement devrait associer l'ensemble des professionnels concernés à son actualisation pour permettre une connaissance et une appropriation de la procédure d'admission. La mise en œuvre de visite de préadmission permettrait une documentation complète de la demande avant la prise de décision et favoriserait la préparation et l'adaptation du résident.		R40 et R41
Reco 7	2.3-Fonction support-Gestion d'informations	L'établissement devrait veiller à la mise à jour des informations relatives au médecin traitant déclaré à l'assurance-maladie pour chacun des résidents.		R44
Reco 8	3.3-Prise en charge-Vie sociale et relationnelle	L'organisation de l'animation reposant en partie sur des art-thérapeutes devrait être clarifiée en termes d'objectifs de prise en charge, tant pour les résidents que pour les professionnels chargés de l'animation.		R45
Reco 9	3.8-Prise en charge-Soins	L'établissement devrait veiller à la mise à jour des informations affichées dans les postes de soins. La liste de dotation affichée devrait correspondre à la dernière version et donc à la réalité du stock. L'utilisation de la dotation des médicaments du chariot d'urgence devrait faire l'objet d'une traçabilité.		R58 et R68 R60
Reco 10	3.8-Prise en charge-Soins	L'établissement devrait fournir à ses personnels temporaires des codes d'accès personnalisés au logiciel de soins [REDACTED]		R64
Reco 11	3.8-Prise en charge-Soins	L'établissement devrait placer les obus d'oxygène dans des endroits qui leur sont dédiés et les fixer aux supports qui leur sont dédiés.		R56

Thèmes et Sous-Thème IGAS		Mesure envisagée	Texte de référence	Ref Rapp ort
Reco 12	3.8-Prise en charge-Soins	L'établissement devrait assurer la disponibilité d'une solution informatique sécurisée, permettant si besoin l'impression à tout moment d'un dossier de liaison d'urgence (DLU) pour chaque résident.		R59
Reco 13	3.8-Prise en charge-Soins	L'ensemble du système documentaire de l'EHPAD relatif au circuit du médicament devrait être revu et remis à jour, avec les acteurs « soignants » de l'EHPAD et la PUI.		R65
Reco 14	3.8-Prise en charge-Soins	Une cartographie des risques médicamenteux au sein de l'EHPAD, via l'outil [REDACTED] par exemple ou encore un audit, devrait être réalisée en équipe pluridisciplinaire dès que possible		R66
Reco 15	3.8-Prise en charge-Soins	La liste de médicaments sous forme liquide indiquant une date limite d'utilisation et établie par la PUI devrait être connue des soignants et affichée de façon visible au sein des postes de soins dans sa dernière version de 2024.		R72
Reco 16	3.8-Prise en charge-Soins	Les mentions de date de péremption des sachets de médicaments devraient pouvoir être justifiées et documentées		R71
Reco 17	4.2-Relations avec l'extérieur-Coordination avec les autres acteurs	L'établissement devrait actualiser sa convention avec l'équipe mobile gériatrique externe, d'une part, et signer la convention avec le centre de radiologie et d'échographie, d'autre part.		R73 et R74