

**Délégation départementale de Paris
Agence Régionale de Santé Ile-de-France**

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

Ville de Paris
Direction des solidarités
Sous-direction de l'autonomie
Affaire suivie par :
Marielle DACALOR

Apne NIGEON
Courriel : [redacted]

Agence Régionale de Santé
Délégation départementale de Paris
Affaire suivie par : Dalhia ELENGA
Courriel : [redacted]

Lettre recommandée avec AR
N°

Directeur Général
Groupe EMEIS
12 rue Jean Jaurès
92800 Puteaux

Saint-Denis, le **08 AVR. 2025**

Monsieur le Directeur Général,

Comme annoncé dans le courriel du 11 juillet 2024, une inspection de l'EHPAD Batignolles (FINESS 750048357) situé au 5 rue René Blum, 75017 PARIS, géré par EMEIS a été réalisée au titre du programme pluriannuel de contrôle des EHPAD, programme qui s'inscrit dans le cadre de l'orientation nationale d'inspection contrôle validée par le Conseil national de pilotage des ARS et des engagements de la Ville de Paris de renforcer les contrôles des EHPAD parisiens.

La mission d'inspection nous a remis son rapport dont vous trouverez un exemplaire ci-joint. Elle a relevé des points positifs :

- o *L'équipe de direction est au complet et stable,*
- o *Le DUD de la directrice et les subdélégations des membres de la direction sont rédigés,*
- o *Le plan bleu est conforme dans tous ses volets,*
- o *La présence d'un Médecin Coordonnateur et d'un Infirmier Coordonnateur dans l'établissement,*
- o *Diverses animations sont proposées aux résidents,*
- o *Les repas proposés et les différentes textures sont de bonne qualité gustative et bien présentés,*
- o *Les locaux sont modernes, adaptés aux résidents et permettent une bonne circulation des résidents,*
- o *Le système de sécurité et surveillance pour la prévention des fugues est moderne et opérationnel,*
- o *L'appel malade est opérationnel et le temps de réaction est conforme.*

Elle a cependant relevé trente-deux écarts et cinquante remarques, en particulier sur les points suivants :

- o *Les documents institutionnels de l'organisme gestionnaire n'ont pas été communiqués aux autorités de contrôle et de tarification,*
- o *Le taux d'occupation est en dessous du seuil fixé par le CASF,*
- o *Le projet d'établissement n'est pas daté,*
- o *Les documents réglementaires n'ont pas reçu l'approbation du CVS,*
- o *La composition du CVS est incomplète,*
- o *Le CVS ne dispose pas de règlement intérieur,*
- o *Une confusion dans la description des fiches métier et des tâches entre les AMP, AS et les IDE,*

- L'existence d'un glissement de tâches entre les AMP, AS et IDE,
- Le plan de formation n'est pas clairement présenté,
- La distribution des médicaments et des stupéfiants est réalisée par des personnes non habilitées,
- La traçabilité des médicaments et des stupéfiants n'est pas sécurisée,
- Les données médicales des résidents ne sont pas protégées,
- Les procédures d'encadrement des médicaments et de la préparation des doses à administrer sont caduques depuis plus de 5 ans
- Une absence de temps d'échanges sur les pratiques professionnelles.

Au regard de l'ensemble des constats réalisés par la mission, nous envisageons de vous notifier **deux injonctions, vingt-trois prescriptions et quatorze recommandations** figurant en **annexe** du présent courrier.

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 de d'un mois à compter de la réception du présent courrier.

Nous vous remercions de bien vouloir adresser la copie de vos éléments de réponse à [REDACTED]

A l'issue du contradictoire, vous serez destinataire d'un courrier de décision dans lequel les mesures correctives seront levées ou maintenues en fonction de vos réponses. Sans réponse de votre part nous vous notifierons nos décisions définitives telles que figurant à l'annexe précitée.

Par la suite, en cas de maintien d'une ou plusieurs injonctions au terme de la présente procédure contradictoire, nous vous rappelons que le constat de l'absence de mise en œuvre de chacune des mesures correctives dans les délais fixés et de persistance des risques ou manquements mis en cause, peut donner lieu, en application des dispositions des articles L. 313-14 et 16 ainsi que R313-25-1 à 3 du CASF à une astreinte journalière, à l'interdiction de gérer toute nouvelle autorisation prévue par le CASF, à l'application d'une sanction financière, à la mise sous administration provisoire ou à la suspension ou la cessation, totale ou partielle, de l'activité de l'établissement.

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

Pour le Directeur général de l'Agence régionale
de santé Ile-de-France et par délégation

Le Directeur de la Délégation départementale de Paris

[REDACTED]
Tanguy BODIN
[REDACTED]

Pour la Maire de Paris et par délégation,

La Directrice des Solidarités

[REDACTED]
Jeanne SEBAN
[REDACTED]

Copie :

Directrice
EHPAD Les Artistes de Batignolles
5 rue René Blum
75017 PARIS



Annexe : Mesures envisagées dans le cadre du contrôle réalisé au sein de l'EHPAD Batignolles du 11 juillet 2024.

Injonction :

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Ref Rapport	Délai de mise en œuvre
Inj 1 3.8-Prise en charge-Soins	Etablir la sécurisation et la traçabilité des médicaments et stupéfiants en : - Rédigeant une procédure fiable sécurisant les données individuelles des résidents tant sur l'entrée que la sortie des médicaments du coffre des stupéfiants, - Ecrivant les dates de péremption sur les flacons de médicaments ouverts, - Faisant des formations afin de mieux transmettre et rappeler les pratiques de gestion et de rangement des médicaments.	Articles R5132-36 CSP (toute entrée/sortie de substances et de stupéfiants est inscrite dans un registre ou enregistrée par un système informatique spécifique) R5126-109 CSP (ESMS sans PUI, Stockage médicaments et/ou stupéfiants dans local, armoires R4312-38 CSP	Écart 20 : Le poste de soins n'étant pas toujours fermé, la sécurité des dossiers des résidents ne peut pas être garantie, ce qui contrevient aux articles L1110-4 du CSP, R4127-45 du CSP et L311-3, 4° du CASF. Écart 27 : La traçabilité des stupéfiants n'a pas été présentée à la mission, ce qui contrevient aux articles R5132-36 CSP et R5126-109 du CSP. Écart 29 : Une interdose de morphine doit être sortie du coffre au moment de la prise, indiquée dans le cahier des toxiques et ne pas être remise dans le coffre avec aucune modification de la traçabilité. La situation exposée sur le flyer « cas particulier interdose de morphine » contrevient à l'article R5132-36 du CSP.	Immédiat

Thèmes et Sous- Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Ref Rapport	Délai de mise en œuvre
			Écart 31 : Les dates de péremption des médicaments multi usages ne sont pas indiquées sur les flacons ouverts contrairement à l'article R4312-38 CSP.	
			Remarque 45 : Les procédures sur « l'encadrement de la gestion personnelle des médicaments » et celle sur la PDA datent de plus de cinq ans	
			Remarque 46 : Le process de commande de traitements décrit dans la procédure « Gestion de la préparation des médicaments via le logiciel bidirectionnel interface avec Netsoins » n'est plus d'actualité.	
			Remarque 47 : Les pratiques professionnelles sur la gestion et la traçabilité des stupéfiants ne sont pas respectées.	
			Remarque 50 : La procédure de gestion et de rangement des	

Thèmes et Sous-Thème / CAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Ref Rapport	Délai de mise en œuvre
Inj 2 3.8-Prise en charge-Soins	Réécrire et transmettre la procédure de distribution des médicaments et produits stupéfiants en : 1. Proscrivant la distribution des médicaments et produits stupéfiants aux personnes non habilitées, 2. Rédigeant des fiches de postes établissant les interdictions de distribution des médicaments et stupéfiants aux personnes non habilitées, 3. Organisant des formations spécifiques, avec feuilles d'émargement, sur la distribution des médicaments, des stupéfiants et l'aide à la prise en précisant les compétences de chaque professionnel (AS/AMP/AES//IDE) dans le respect du Code de la Santé Publique.		médicaments existe, mais elle n'est pas appliquée. Écart 15 : La distribution des médicaments par les AES/AMP contrevient à l'article L313.36 du CASP qui prévoit l'aide à la prise de médicaments, lorsqu'il s'agit d'un acte de la vie courante. Écart 26 : Le principe de délégation d'administration de traitements aux soignants par l'IDE n'est pas conforme à la réglementation et à la notion de collaboration, ce qui contrevient à l'article R4311-4 du CSP. Écart 28 : Autoriser les AS/AMP/AES et ASG à distribuer des toxiques contrevient à l'article 4311-7 du CSP. Écart 32 : Organiser la distribution des traitements par les auxiliaires médicaux en l'absence d'une IDE et notamment la distribution des traitements sensibles contrevient aux	Immédiat

Thèmes et Sous- Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Ref Rapport	Délai de mise en œuvre
			articles R4311-4, R4311-5 4° et 4311-7 du CSP.	

Prescription :

Thèmes et Sous- Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Ref Rapport	Délai de mise en œuvre
Presc 1 1.1-Gouvernance- Conformité aux décisions de l'autorisation ou de la déclaration	Transmettre les documents concernant le fonctionnement et l'organisation des instances dirigeantes de l'organisme gestionnaire.	Articles L312-1 6° et L313-1, 4e alinéa du CASF	Écart 1 : L'établissement n'a pas présenté à la mission d'inspection les documents concernant le fonctionnement et l'organisation de l'organisme gestionnaire, conformément aux articles L312-1 6° et L313-1, 4e alinéa du CASF.	1 mois
Presc 2 1.1-Gouvernance- Conformité aux décisions de l'autorisation ou de la déclaration	Relever le taux d'occupation pour atteindre le seuil fixé par le CASF.	Articles L313-4 CASF (conditions d'accord de l'autorisation), D313-15 CASF, D312-155-0-2 CASF	Écart 2 : Le taux d'occupation est en dessous du seuil fixé par les autorités de tarification et de contrôle, ce qui contrevient aux articles L313-4 CASF (conditions d'accord de l'autorisation), D313-15 CASF et D312-155-0-2 du CASF.	1 an
Presc 3 1.1-Gouvernance- Conformité aux décisions de l'autorisation ou de la déclaration	Communiquer aux autorités les documents indiquant la consultation du CVS sur le règlement du fonctionnement.	Article L311-7 CASF	Écart 3 : L'établissement n'a pas présenté de documents indiquant que le CVS a été consulté sur le règlement de fonctionnement, ce qui contrevient à l'article L311-7 du CASF.	1 mois



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Ref Rapport	Délai de mise en œuvre
Presc 4 1.1-Gouvernance- Conformité aux décisions de l'autorisation ou de la déclaration	Communiquer sur l'organisation administrative de l'établissement en : 1. Transmettant aux autorités de contrôle l'organigramme signé de l'établissement avec les ETP, 2. Publiant les DUD au sein de l'établissement.	Article CASF D315-70	Écart 4 : Le projet d'établissement n'est ni validé par le CVS, ni signé par l'organisme gestionnaire, ce qui n'est pas conforme à l'article L311-8 du CASF. Écart 5 : L'établissement n'a pas présenté à la mission les documents montrant que les DUD ont été publiés au sein de la direction, conformément à l'article D315-70 du CASF. Remarque 2 : L'organigramme ne présente pas les ETP, mais est affiché dans le classeur à l'accueil et disponible.	1 mois
Presc 5 1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	Rendre opérationnel le fonctionnement et l'organisation du CVS en : 1. Complétant la composition du CVS, 2. Transmettant aux autorités de contrôle le règlement intérieur du CVS signé par celui-ci, 3. Formalisant les comptes rendus du CVS par la signature de son président et ne plus apposer celle du représentant de l'établissement.	Article CASF 311-3 3° Articles L311-7 CASF, L312-8 du CASF, D311-15 CASF et D311-15 II du CASF.	Écart 6 : La composition du CVS n'est pas conforme à l'article D311-5 du CASF. Écart 7 : Les relevés de conclusions du CVS sont cosignés par la directrice, ce qui contrevient à l'article D311-20 du CASF. Écart 8 : Le CVS ne dispose pas d'un règlement intérieur comme le mentionne l'article D311-19 du CASF. Écart 9 : Il n'est pas prouvé à la mission	3 mois

Thèmes et Sous- Thème /GAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Ref Rapport	Délai de mise en œuvre
Préc 6			que le règlement de fonctionnement a reçu l'aval CVS conformément à l'article D311-15 du CASF	
1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	Mettre en exergue les droits des résidents en : 1- Rendant accessible et visible les panneaux d'affichage, 2- Informant les résidents sur les directives anticipées, 3- Transmettant aux autorités de contrôle la procédure sur les directives anticipées.		Remarque 1 : Les affiches obligatoires sont bien placées dans un classeur au niveau de l'accueil, mais ne sont pas aisément accessibles car ce classeur est coincé entre le mur et le bureau d'accueil. Remarque 6 : Le numéro Alma n'est pas affiché dans les lieux de passage des résidents. Remarque 37 : La Mission d'inspection n'a pas été destinataire de la procédure sur les directives anticipées.	3 mois

Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Ref Rapport	Délai de mise en œuvre
Presc 7 1.4-Gouvernance- Gestion de la qualité	Evaluer les prestations externalisées et transmettre les résultats.	Article L312-8 du CASF	Écart 10 : Ne pas évaluer les prestations effectuées en sous-traitance contrevient à l'article L312-8 du CASF.	6 mois
Presc 8 1.5-Gouvernance- Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Mettre en place une politique d'amélioration continue de la qualité en : 1. Ecrivant et transmettant une procédure de lutte contre les agressions, 2. Proposant des formations aux professionnels sur la prévention et la prise en charge des agressions, 3. Promouvant la formation des référents qualité afin de maîtriser les outils d'amélioration de la qualité, 4. Complétant la procédure pour inscrire la transmission des RETEX aux autorités de contrôle, 5. En contrôlant la mise en place des actions après la survenance d'un E/EIG/EIGS.	Articles L119-1 L 331-8-1 CASF, L 331-8-1 CASF et R331-8 CASF	Écart 11 : L'établissement ne dispose pas de procédure de signalement en cas d'agression, ce qui contrevient aux L119-1 CASF, L 331-8-1 CASF et R331-8 CASF. Écart 12 : Ne pas transmettre de RETEX à la suite d'un EIG-EIGS contrevient aux articles R1413-67 à 73 du CSP. Remarque 5 : L'établissement ne forme pas ses agents sur les outils d'amélioration de la qualité et n'a pas de référent qualité en interne.	3 mois
Presc 9	Renforcer la prévention de la dépendance et des soins en : 1- Inscrivant dans le RAMA les outils d'analyse des chutes, 2- Rédigeant et en transmettant les comptes rendus du comité chute.		Remarque 7 : Dans le RAMA, il est impossible d'analyser les chiffres des chutes d'une année à l'autre par manque d'informations corrélées au GIR des résidents, au nombre des résidents ayant eu un Timed up and go et au nombre de ces résidents « chuteurs » dénudés.	3 mois



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



Thèmes et Sous-Thème / CAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Ref Rapport	Délai de mise en œuvre
Presc 10 2.1-Fonctions support- Gestion des RH	- Mettre à jour les ETP dans la liste du personnel en spécifiant les métiers. - Rédiger des nouvelles fiches des postes des AES et des AMP en distinguant et en précisant les intitulés et missions respectives de chaque métier. - Assurer la concordance des outils de suivis RH en utilisant systématiquement la pratique de la check list pour une approche complète des dossiers du personnel.		Remarque 8 : Il n'existe pas de compte-rendu du comité chute. Remarque 11 : Les intitulés de poste AES et AMP, présents sur la liste du personnel, ne sont pas déclinés dans le tableau des ETP. En l'absence de cohérence des intitulés de poste, la mission s'interroge sur la répartition des effectifs. Remarque 12 : L'absence d'harmonisation des intitulés de poste au sein des différents documents (RUP, Organigramme, fiche de poste...) ne permet pas une bonne compréhension du fonctionnement de l'établissement. Remarque 16 : L'utilisation systématique de la check list favoriserait une meilleure complétude des dossiers.	3 mois
Presc 11 2.1-Fonctions support- Gestion des RH	Conduite une politique de stabilisation de l'équipe soignante en : 1- Adaptant des actions de fidélisation et baisser la précarisation des contrats,	Articles L311-3 1° CASF et L311-3 3° du CASF.	Écart 13 : 22 ETP ne sont pas pourvus. 16 postes (IDE, AS, AV et AES) sont tenus par des agents en CDD. Le manque de stabilité du personnel intervenant auprès des résidents impacte la qualité de	6 mois

Thèmes et Sous- Thème IG/S	Mesure envisagée	Texte de référence	Ref Rapport	Délai de mise en œuvre
	2- Mettant en place des actions contre l'absentéisme injustifiée.		la prise en charge ce qui contrevient à l'article L311-3 1° CASF. Remarque 14 : L'importance du nombre d'absences injustifiées questionne la mission inspection sur le climat social, les mesures correctrices de fidélisation proposées par l'établissement. Remarque 29 : L'établissement ne dispose pas d'une procédure de remplacement en cas d'absence.	
Presc 12	Sécuriser la qualité de la prise en des résidents en : 1- Assurant un nombre suffisant d'IDE dans les équipes de jour, 2- En recrutant des AS diplômés et en encourageant la professionnalisation des AS, 3- Ecrivant et transmettant les fiches de remplacement, 4- En sécurisant l'astreinte nuit de l'établissement.		Écart 14 : Les ratios présentés par l'établissement en IDE, ne répondent pas aux besoins d'accompagnement des résidents, ce qui contrevient aux L311-3 1° CASF et L311-3 3° du CASF. Remarque 13 : Le recrutement d'IDE de jour et d'AS titulaires est indispensable pour garantir une prise en charge de qualité des résidents. Remarque 48 : En l'absence d'IDE de nuit, une permanence d'IDE d'astreinte téléphonique par exemple est recommandée par l'Orédit Ile de France.	6 mois

Thèmes et Sous- Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Ref Rapport	Délai de mise en œuvre
Presc 13 2.1-Fonctions support- Gestion des RH	Préciser les fonctions liées aux compétences de chaque catégorie de professionnel et mettre fin aux glissements de tâches en : 1. Mettant à jour les fiches de postes des AES, AS, IDE, 2. Ecrivant et transmettant les fiches de postes de chaque métier, 3. précisant les missions des aides-soignants référents, 4. Clarifiant la liste des ETP et l'organisation des missions de chaque agent, 5. En clarifiant les missions de l'adjointe de direction et l'assistante de direction.	D451-88 et -89 CASF et annexe 1 de l'arrêté du 30 août 2021 relatif au DE AES (missions AES) R4311-1 CSP (missions IDE) D312-155, 2° et II CASF L311-3, 1° CASF (Sécurité du résident)	Écart 16 : Le manque de clarté dans les intitulés de poste et les fiches métiers ainsi que l'attribution de mission d'AS aux AES/AMP met en évidence un risque de glissement de tâches, ce qui contrevient à la réglementation en vigueur : L311-3, 1° CASF, L.4391-1 du CSP et arrêté du 10 juin 2021 conduisant au DEAS Remarque 26 : Les missions spécifiques des aides-soignants référentes, au nombre de 4 dans l'établissement ne sont pas précisées. Remarque 27 : La mise à jour des fiches métiers est nécessaire pour distinguer les missions des AS et AES de nuit. Remarque 28 : Un chevauchement de tâches a été relevé entre l'adjointe de direction et l'assistante de direction.	1 mois
Presc 14 2.1-Fonctions support- Gestion des RH	Promouvoir une politique de formation et de développement des compétences en : 1. Mettant en place une politique de formation continue et en prévoyant des formations diplômantes,		Remarque 18 : Les documents communiqués à la Mission d'inspection montrent une diversité des formations ainsi qu'une progression quantitative du personnel formé, toutefois aucune	6 mois

Thèmes et Sous- Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Ref Rapport	Délai de mise en œuvre
Presc 15	2. Mettant à disposition du personnel les informations relatives à la mobilité interne.		formation diplômante n'est inscrite dans les plans de formation 2023 et 2024. Remarque 19 : La mission ne peut assurer qu'ensemble des salariés a suivi les mini formations. Remarque 20 : La mission d'inspection n'a pu apprécier les modalités de cette mobilité car aucun élément ne corrobore cette passerelle.	
	Faciliter le transfert de compétences en interne et les échanges entre professionnels en : 1. Mettant en place un groupe d'analyse des pratiques professionnelles avec un intervenant extérieur, 2. Rédigeant les supports des mini-formations à destination des professionnels, 3. Mettant en place des formations internes sur les pratiques professionnelles, 4. Mettant en place une formation pour l'ensemble des agents concernant le placement et l'utilisation du défibrillateur automatique.		Remarque 23 : Il n'est pas mis en place des temps d'échanges sur les pratiques professionnelles et sur les thématiques concernant l'éthique. Remarque 36 : Aucun compte-rendu des réunions de direction, d'analyse des pratiques, bientraitance, commission chute et contention ou de mini-formations n'a été transmis à la Mission d'inspection. Remarque 44 : La position du défibrillateur automatique externe n'est pas connue de tout le personnel soignant.	3 mois
Presc 16	Transmettre le rapport d'activité annuel (RAA) aux autorités de contrôle.	Article R314-50 CASF	Écart 17 : Le rapport d'activité annuel n'a pas été transmis à la mission d'inspection,	3 mois



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



ARS
Agence Régionale de Santé
Île-de-France



VILLE DE
PARIS

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Ref Rapport	Délai de mise en œuvre
Presc 17	2.3-Fonction support-Gestion d'informations	Faire parapher par le Maire le registre des entrées et des sorties.	ce qui n'est pas conforme à l'article R314-50 CASF.	
Presc 18	2.3-Fonction support-Gestion d'informations	Mettre à jour la tenue des dossiers des résidents en y intégrant tous les documents réglementaires.	Écart 18 : Le registre des entrées et sorties n'est pas paraphé par le maire, ce qui contrevient à l'article R314-5 du CASF. Écart 19 : La tenue des dossiers des résidents n'est pas conforme à la réglementation en vigueur. Remarque 34 : Les dossiers administratifs des résidents ne contiennent pas les PAP. Remarque 37 : La Mission d'inspection n'a pas été destinataire de la procédure sur les directives anticipées.	3 mois
Presc 19	2.3-Fonction support-Gestion d'informations	Améliorer la rédaction des PAP et leur portée en : 1. Rédigeant et transmettant une procédure pour les PAP, 2. Recherchant dans la mise en place des PAP la participation active du résident, plutôt que son ressenti, 3. En mettant un référent PAP pour chaque résident.	Écart 21 : En l'absence de transmission d'une procédure relative aux projets personnalisés, la mission ne peut déterminer si le résident participe activement à son élaboration, ce qui contrevient à l'article L311-3, 1° du CASF. Remarque 35 : L'absence de personnel référent nommé par résident ne répond pas aux RBPP de la HAS sur l'accompagnement des résidents en EHPAD.	1 mois

Thèmes et Sous- Thème (GAS)	Mesure envisagée	Texte de référence	Réf Rapport	Décal de mise en œuvre
Presc 20 3.1-Prise en charge- Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Formaliser les conventions avec les acteurs médicaux et paramédicaux en établissant : 1. des contrats des médecins traitants intervenant dans l'EH PAD, 2. des contrats avec les professionnels paramédicaux.	Article L314-12 du CASF	Écart 22 : Plusieurs médecins traitants intervenant dans l'EH PAD n'ont pas signé de contrat type comme le prévoit l'article L314-12 du CASF. Remarque 17 : Les interventions de certains professionnels de santé, paramédicaux et autres professionnels au sein de l'établissement ne sont pas formalisées.	3 mois
Presc 21 3.4-Prise en charge-Vie quotidienne - Hébergement	Revoir la pratique du change systématique et à heure fixe en : 1. Respectant la dignité et le repos du résident en ne le réveillant pas systématiquement en vue des changes, 2. Se référant au PAP pour mesurer la nécessité de changes nocturnes.	Articles L311-3 - 1 et au D312-155-0-3° du CASF (relatif au PAP).	Écart 23 : Réveiller pour changer systématiquement tous les résidents à 05h00 du matin contrevient à l'article L311-3 - 1 et au D312-155-0-3° du CASF (relatif au PAP). Remarque 41 : Les changes sont faits selon une planification systématique et non selon le besoin individuel du résident	1 mois
Presc 22 3.8-Prise en charge- Soins	Sécuriser les données médicales des résidents en : 1. Garantissant la protection des données médicales de l'ensemble des résidents dans le logiciel de soins, 2. Garantissant la confidentialité des informations concernant le suivi du résident, 3. Mettant en place des procédures de transcription des données et informations médicales dans le logiciel de soins.	Articles L311 - 3 4° du CASF, L311-3 4° du CASF, R4312 - 35 du CSP	Écart 24 : Ne pas garantir la protection des données médicales et confidentielles du résident contrevient aux articles R4312 - 35 du CSP et L311 - 3 4° du CASF. Écart 25 : Inscrire des données de soins dans le cahier de transmissions à l'accueil contrevient à l'article L311-3 4° du CASF.	3 mois

Thèmes et Sous- Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Ref Rapport	Délaï de mise en œuvre
	4. Systématisant les transmissions dans le logiciel de soins par les médecins traitants.		Remarque 30 : Plusieurs médecins traitants intervenant dans l'EH PAD font des prescriptions papier sans utiliser le logiciel de l'établissement.	
Presc 23	3.8-Prise en charge- Soins	Article L311-3° du CASF	Écart 30 : L'absence de nettoyage du réfrigérateur plusieurs mois majeure les risques pour le résident de recevoir un traitement périmé. Ceci contrevient à l'article L311-3° du CASF. Remarque 49: La fiche de traçabilité n'indique pas la programmation du nettoyage et dégivrage du réfrigérateur ni la vérification des dates de péremption des médicaments.	

Recommandation :

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Ref Rapport
Reco 1	1.2- Gouvernance-Management et Stratégie	Remarque 3 : Les relations entre la direction et les familles sont fragilisées par un manque de dialogue constructif.

Reco	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Ref Rapport
2	1.2- Gouvernance-Management et Stratégie	Fournir les documents sur les astreintes techniques.	Remarque 4 : L'établissement n'a pas fourni d'informations ou de documents sur les astreintes techniques.
3	1.2- Gouvernance-Management et Stratégie	Mettre à jour le RUP et transmettre les documents aux autorités de contrôle.	Remarque 9 : Le Registre Unique du Personnel n'est pas tenu à jour, ce qui n'est pas conforme à la réglementation en vigueur, article L1221-13 du code du travail. Remarque 10 : L'organigramme de l'établissement n'est pas daté.
Reco 4	2.1-Fonctions support-Gestion des RH	Mettre en place des outils fiables de gestion des heures travaillées.	Remarque 15 : L'outil de suivi des heures travaillées n'est pas fiable et sa gestion est chronophage.
Reco 5	2.1-Fonctions support-Gestion des RH	Mettre à jour les documents d'accueil des nouveaux arrivants.	Remarque 21 : L'information de la remise des documents aux nouveaux arrivants n'est pas précisée dans les dossiers des salariés consultés sur place par la Mission d'inspection. Remarque 22 : La Mission d'inspection ne peut assurer que la procédure d'accueil des nouveaux salariés telle que définie dans le projet d'établissement est bien déclinée par l'EHPAD.
Reco 6	2.1-Fonctions support-Gestion des RH	Améliorer l'organisation de l'équipe de soins et sa lisibilité en : 1. Etablissant une cohérence dans la réalisation des plannings et y faisant figurer les temps de pause, 2. Précisant les temps de pause dans les fiches de tâches hebdomadaires des personnels.	Remarque 24 : L'établissement n'a pas présenté les modalités de confection de ses plannings. Remarque 25 : La prise de pause n'est pas mentionnée dans les plannings et ne permet pas de vérifier la présence en continue d'un professionnel.



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



Thèmes et Sous-Thème IGAS		Mesure envisagée	Ref Rapport
Reco 7	2.5-Fonction support-Sécurité	Faire des fiches de procédure pour le tri des déchets et leur emplacement en fonction de leur contamination.	Remarque 31 : [redacted] est stockée dans le poste de soins propre.
Reco 8	2.5-Fonction support-Sécurité	Ecrire et transmettre des protocoles sur la prise en charge des DASRI.	Remarque 32 : Les sacs poubelle à DASRI sur les chariots de médicaments sont utilisés comme sacs à DAOM.
Reco 9	2.5-Fonction support-Sécurité	Mettre en place des outils de suivi vaccinal des résidents.	Remarque 33 : Aucun élément concernant le schéma vaccinal des résidents dans le RAMA 2023.
Reco 10	3.4-Prise en charge-Vie quotidienne - Hébergement	Relever le taux de satisfaction des usagers en mettant en place des passerelles de communication et en cherchant davantage leur participation.	Remarque 38 : Le taux de satisfaction 2023 est inférieur à 85%.
Reco 11	3.4-Prise en charge-Vie quotidienne - Hébergement	Mettre en place une collation nocturne avec des qualités nutritives adaptées au besoin des résidents.	Remarque 39 : Le personnel ne dispose pas d'exemples d'association de glucides complexes et des protéines pour avoir une collation nocturne de qualité comme préconisé par le CERENUT (Centre Ressources Nutrition et l'ARS de Nouvelle Aquitaine).
Reco 12	3.4-Prise en charge-Vie quotidienne - Hébergement	Transmettre la procédure d'aide au repas.	Remarque 40 : La procédure d'aide au repas n'a pas été présentée à la Mission d'inspection.
Reco 13	3.8-Prise en charge-Soins	Ranger le lieu de stockage du matériel d'urgence	Remarque 42 : L'encombrement autour du matériel d'urgence ne permet pas la prise rapide du matériel en cas d'urgence vitale.



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



Thèmes et Sous-Thème IGAS		Mesure envisagée	Ref Rapport
Reco 14	3.8-Prise en charge-Soins	Etablir le trombinoscope des résidents pour des besoins d'identitévigilance.	Remarque 43 : Dans le livret d'accueil, il n'y a pas le trombinoscope des résidents ni de rappels sur l'identitévigilance.

