

[REDACTED]

Dijon, le

22 SEP. 2025

La directrice générale de l'agence régionale de santé
à

Madame la Présidente du conseil d'administration
EHPAD Cœur du Brionnais
1 Place Irène Popard
71110 MARCIGNY

RAR N° 2C 182 993 4692 1

Objet : notification des mesures définitives suite au contrôle sur pièces réalisé au titre des articles L.313-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles

N° FINESS : 710780891 - EHPAD RÉSIDENCE COEUR DU BRIONNAIS - SEMUR EN BRIONNAIS

PJ : - tableau des mesures définitives + tableau suivi RH

A la suite du contrôle sur pièces des établissements visés en objet dont vous assurez la gestion, je vous ai adressé, par lettre du 11 juin 2025, les mesures correctives envisagées ainsi que le rapport de la mission de contrôle afin de vous aider à restaurer au sein de vos établissements les conditions d'installation, d'organisation et de fonctionnement garantissant la qualité et la sécurité des accompagnements de vos résident(e)s.

Dans le cadre de la procédure contradictoire et en application des articles L. 121-1 et L. 122-1 du code des relations entre le public et l'administration, un délai de 15 jours vous a été accordé afin de pouvoir apporter des éléments de réponse aux 4 prescriptions et 8 recommandations envisagées et vos commentaires éventuels sur le rapport.

Cette échéance passée, aucun élément de réponse et/ou commentaire éventuel de votre part n'a été transmis à mes services.

Aussi, par le présent courrier et conformément à ce que je vous annonçais dans ma lettre du 11 juin 2025, je vous notifie les mesures définitives relatives aux prescriptions et recommandations. Elles sont rassemblées dans le tableau joint en annexe et classées par ordre de priorité.

J'appelle votre attention sur l'importance d'assurer la mise en œuvre des prescriptions et la prise en compte des recommandations dans votre établissement.

Ces dernières feront l'objet d'un suivi par mes services et plus particulièrement, par [REDACTED] chargée de mission médico-social « Personnes âgées », à la direction territoriale de Saône-et-Loire : [REDACTED]

Par ailleurs et afin de renforcer les conditions d'un accompagnement de proximité entre mes services et la direction de votre établissement, je vous remercie de bien vouloir compléter le fichier « tableau suivi RH » en pièce jointe. Ce dernier permettra d'assurer un suivi spécifique sur la thématique des ressources humaines de votre établissement et d'apprécier la stabilité de ses équipes soignantes.

Il sera à adresser (en format Excel) à la chargée de mission ARS sus-mentionnée, en charge du suivi, à 6 mois à compter de la réception du présent courrier.

La présente décision peut faire l'objet, dans un délai de 2 mois :

- d'un recours gracieux à mon attention,
- d'un recours hiérarchique auprès de la Ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles,
- d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif de Dijon. Le tribunal administratif peut être saisi d'un recours déposé via l'application Télerecours citoyens accessible par le site internet <http://www.telerecours.fr>

La directrice générale,
[REDACTED]

Copies à :

**Monsieur le Directeur général du Centre hospitalier de Mâcon
EHPAD Cœur de Brionnais
1 Place Irène Popard
71110 MARCIGNY**

**Monsieur Le Président
Conseil départemental de Saône-et-Loire
Hôtel du Département
Rue de Lingendes
71026 MÂCON CEDEX 9**

Emettrices : Bénédicte BOURGET-VALSON	Plan de contrôle des EHPAD Synthèse relative au contrôle sur pièces	Date : 04/09/2025
Destinataires : DG DCPT DOSA	EHPAD CŒUR DU BRIONNAIS N° FINESS : 710780891 SEMUR-EN-BRIONNAIS EHPAD PUBLIC RES. CŒUR DE BRIONNAIS	Pièces jointes : - Tableau des mesures définitives - Lettre de notification - Tableau RH

1/ Axes du contrôle

Les objectifs de la mission ont été d'apprécier les garanties apportées par l'établissement en matière de :

- pilotage opérationnel ;
- gestion des ressources humaines.

2/ Déroulement du contrôle

Mené durant le mois de juin 2025, le contrôle sur pièces a pu être réalisé de manière satisfaisante. Le gestionnaire a su s'organiser afin de transmettre les documents de preuve dans les délais impartis initialement et au titre de l'actualisation sollicitée en début d'année. Néanmoins, le tableau des effectifs n'ayant pas été dissocié pour les 2 sites de l'EHPAD, l'analyse RH n'a pu être finalisée.

Dans le cadre de la procédure contradictoire, il n'a pas fait part de ses observations et n'a transmis aucune pièce ni le tableau des effectifs renseigné pour le site demandé. La procédure contradictoire est réputée avoir été réalisée.

3/ Principaux constats

Les points positifs :

- un directeur et une directrice déléguée qualifiés ;
- une délégation de signatures établie entre le directeur du centre hospitalier, la directrice déléguée et le responsable de site (RS) qui dispose néanmoins pour la RS d'une délégation caduque ;
- une continuité de la direction de l'EHPAD assurée (protocole et plannings d'astreinte formalisés et diffusés) ;
- une équipe d'encadrement en place au sein de l'EHPAD ;
- un organigramme fonctionnel et hiérarchique à jour ;
- une procédure d'accueil pour les nouveaux agents ;

- la présence d'un médecin coordonnateur au sein de l'établissement disposant d'une des formations spécifiques requises ;
- une cadre de santé diplômée ;
- des fiches de poste et descriptifs de tâches formalisés..

Les points d'attention :

- la non diffusion des comptes rendus du CODIR à l'ensemble des agents ;
- un manque d'opérationnalité de la politique de signalement des événements indésirables dans l'établissement tant au niveau du rappel des obligations des agents en matière de signalement de faits de maltraitance et/ou violence et leur protection qu'au niveau de la procédure ;
- un manque de lisibilité sur les priorités de formation pour le site et les arbitrages effectués au niveau de l'EHPAD avec toutefois des formations obligatoires définies et des formations relatives à l'accompagnement des personnes accueillies ;
- l'absence de protocole d'accueil et d'accompagnement des nouveaux professionnels arrivants doublée d'une absence de lisibilité de la politique de remplacement en cas d'absence programmée et non programmée et de la politique de recrutement sur les postes vacants qualifiés ;
- l'irrégularité des formations des professionnels sur les thématiques maltraitance/bientraitance en regard d'une politique de prévention de la maltraitance/de prévention de la maltraitance non discernable ;
- l'absence de preuve de l'organisation de l'interdisciplinarité avec des réunions de concertation et de régulation des équipes soignantes insuffisantes qui ne garantissent pas la coordination des interventions ainsi que la bonne diffusion des informations nécessaires à leurs activités ;
- un temps de travail de médecin coordonnateur au sein de l'EHPAD ne répondant pas à la quotité de travail réglementaire et dont le cadre réel d'exercice n'est pas identifiable ;
- l'absence d'élément de preuve permettant de s'assurer que le gestionnaire a vérifié l'inscription à leur ordre professionnel de l'ensemble des IDE intervenant au sein de l'établissement ;
- le positionnement de personnel non qualifié sur des fonctions d'AS avec un glissement de tâches inscrits dans la fiche de poste et/ou descriptif de tâches des AS avec un défaut de preuve du positionnement de FFAS sur des postes soignants ;
- la non transmission de l'ensemble des diplômes du personnel (IDE, ASDE) en poste ;
- la non-disponibilité de la procédure de gestion des urgences médicales la nuit.

4/ Evènement(s) indésirable(s) graves (EIG) relatifs aux tensions RH déclaré(s) à l'ARS :

Aucun EIG relatif aux tensions RH n'a été déclaré à l'ARS sur la période 2022-2023.

En 2024 : signaux : revendication syndicale de personnels de l'EHPAD pour effectifs supplémentaires et remise en cause du cadre de validation des plannings en organisation dégradé ne respectant pas les droits des agents.

5/ Propositions des mesures définitives

Dans le cadre de la procédure contradictoire, 4 prescriptions et 8 recommandations ont été initialement notifiées au gestionnaire.

La mission a pris acte de l'absence de réponse qui ne lui permet pas la visibilité des actions correctrices engagées par le gestionnaire. Elle propose ainsi le maintien de l'ensemble des prescriptions et recommandations envisagées et leur transformation en mesures définitives.

6/ Suivi qualitatif par la direction métier à la suite du contrôle sur pièces engagé

L'EHPAD est organisé sur 2 sites ; le site principal de Marcigny a fait l'objet d'une inspection en 2024 pour lequel la décision notifiant les mesures définitives n'a pas à ce jour été formalisée à l'issue de la phase contradictoire.

Il est souhaitable que la chargée de mission référente de l'établissement réalise un point d'avancement des actions correctrices engagées par le gestionnaire globalement pour les 2 sites qui répondront aux injonctions (pour Marcigny) et aux prescriptions (pour Marcigny et Semur-en-Brionnais) définitives et s'assure de la transmission des éléments de preuve sollicités. La formalisation d'un plan d'actions global pourrait être sollicité à ce titre.

Par ailleurs, l'établissement multi-site a fait l'objet d'une évaluation externe en 2024 dont le rapport a été transmis aux autorités.

Le suivi des recommandations émises par la mission pour le site de Semur-en-Brionnais et par l'équipe d'inspection ARS-CD pour le site de Marcigny pourra ainsi s'inscrire dans un suivi plus global par la chargée de mission référente au titre de la prise de connaissance du plan d'amélioration de la qualité (PAQ) de l'EHPAD.

A noter que l'EHPAD est intégré dans le cluster 2025 des EHPAD en région bénéficiant d'un accompagnement performance de l'ANAP.

La négociation d'un CPOM était programmée en 2024 initialement avec entrée en vigueur au 1/01/2025. Elle n'a pas été engagée.

La mission,
Bénédicte BOURGET-VALSON

Tableau des mesures défensives
Précaution

Impôts		Médecine BOURDIER-VALAIS		Ministère : 70778100		Commune : 269144 MONDONNAIE					
No	4	No	Utilité	Fondement juridique	Délai	Envoi de preuve à l'autorité	Nécessité rapport EPA	Level DIN/ Autorisé	Date d'envoi	Observations	
1			mettre la politique de signalement de l'établissement dans un cadre opérationnel en conformité avec les exigences légales et réglementaires sur la gestion des risques:	L.3334-1 CAF L.10334 CEP L.3334-2 CAF Art. 494-3 code pénal Art.40 code de procédure pénale Art.236-3 et tel code pénal L.138-1 à 6 CDP Circular du 28 juin 2014 relative à la protection de l'environnement des agents émissaires émis par les agents publics (non publiée au JO)	Document-type opérationnel validé par la direction présentant les droits et obligations des professionnels en matière de signalement et en matière des faits de maltraitance.						La prescription n°1 est maintenue et notifiée, dans l'attente de la transmission des éléments de preuve sollicités.
2			Renforcer l'organisation des soins apportés aux personnes plus dépendantes quantifiées ayant une dépendance de l'EHPAD et des résidents accueillis sur le site de Sennur-en-Brienz et supervisées par le centre de suivi avec la cadre institutionnel de rampe:	L.332-1 II al.1 CASF D.392-155d CASF L.438-1 CTP Décret n°2023-1023 du 24 décembre 2022 portant statut particulier du corps des AES et du corps des agents de service hospitalier qualifiés de la FPH	Plan d'action faisant apparaître les différents lieux actuels, les délais et les réalisations pour améliorer et stabiliser l'ouverture du programme.						La prescription n°2 est maintenue et notifiée, dans l'attente de la transmission des éléments de preuve sollicités.

Tableau des mesures définitives

Prescriptions						
Numéro d'établissement	Nom établissement	Domicile du patient	Indicateur ET	Commune	Statut du patient	
INSTITUT DE CHIRURGIE AVANCÉE	EHpad résidence coeur du monnaie	77170	71078091			
N°	Libellé	Fondement juridique	Délai	Éléments de preuve à l'envoyer	Référence rapport E.I.M.	Base de la fiche
3	Mettre en œuvre une démarche active de recrutement d'un temps complémentaire de médecin coordonnateur pour mise en conformité de la disponibilité de travail avec la capacité de l'EHPAD (0,80 ETP), en priorisant prioritairement une augmentation du temps de travail du médecin en poste, et disposer dans un délai maximum de 3 mois : - de la qualification requise pour engager à l'écoulement d'un délai maximum de 3 ans. - Mettre en place dans l'EHPAD une dimension fonctionnelle intégrée permettant de venir en soutien des équipes soignantes, avec l'appui du GHT pour assurer l'organisation d'une coordination médicale adéquate.	D. 313-318, D. 314-317, D. 313-18R, D.315-318- 2 ^e casif	6 mois	Profil de poste possiblement avec fiche de poste. Covenez de travail signé avec un médecin avec attestation de formation reçue ou engagement dans un cursus de formation ou envoi au centre de travail du médecin en poste. Autres modalités d'appui à la coordination médicale activée, et proposée effectivement.	E.3	La prescription n°3 est maintenue et notifiée, dans l'attente de la transmission des éléments de preuve suffisants.
4	Demandez à l'entourage des personnes infirmières en poste de donner au de nouveau leur inscription à leur ordre professionnel et s'assurer de l'effectivité de cette inscription y compris pour les CDD.	L. 431-15 CSP	1 mois	Liste des infirmiers en poste Au 1/06/2015 faisant mention de leur n° SIRET Présent de leur inscription à l'ordre infirmier	E.4	La prescription n°4 est maintenue et notifiée, dans l'attente de la transmission des éléments de preuve suffisants.

Tableau des mesures définitives
Recommendations

Mesure	Nom établissement : Bénédictine BOURGET-VALISON	Adresse : Côcois perche	ÉHPAD RÉSIDENCE COEUR DU BRIONNAIS Bam des Prés 71110	Prise en charge : Commune : SCHUMLIN-BRIONNAIS	FINESS ET : 7078091		
N°	Libellé	Libellé	Référentiel de bonnes pratiques	Référence	Levée OIN/ Abandonnée	Date de la levée	Observation
1	Mettre à jour la délibération de signature accordée par le DGS du CH de Mâcon au responsable de site, l'appuyant sur un travail d'amélioration de la fiche de poste des responsables de site des EHPAD publics autonomes.		RAPP: La biennalité : définition et recette pour la mise en œuvre, HAS, 2008	R.1 R.2			La recommandation n°1 est maintenue et notifiée.
2	Formuler précisément les missions et responsabilités de chaque professionnel de l'établissement à travers un organigramme par site faisant apparaître les hières hiérarchiques et fonctionnelles et identifiant les postes vacants régulièrement tenu à jour afin de donner une lisibilité de l'organisation aux personnels permanents ou occasionnels et aux familles.		RAPP: La biennalité : définition et recette pour la mise en œuvre, HAS, 2008	R.4			La recommandation n°2 est maintenue et notifiée.
3	A la charge de la direction, de manière à assurer une lisibilité de l'animation du collectif de travail de l'établissement, organiser des temps de réunions d'équipes formatives et régulières et assurer de manière efficace la circulation optimale des décisions et informations significatives grâce par la direction auprès des personnels et leur implications dans les réflexions.		RAPP: La biennalité : définition et recette pour la mise en œuvre, HAS, 2008	R.2			La recommandation n°3 est maintenue et notifiée.
4	Mettre en place annuellement des formations interinstitutionnelles relatives à la promotion de la bienveillance et/ou prévention de la maltraitance et veiller à ce que l'ensemble des équipes y participent à fréquence régulière et en tant que besoin, en lien avec leur entretien annuel d'évaluation conformément aux bonnes pratiques professionnelles.		RAPP: La biennalité : définition et recette pour la mise en œuvre, HAS, 2008 Guide bienveillance et gestion des signaux de maltraitance en établissement, HAS, 2024	R.8			La recommandation n°4 est maintenue et notifiée.
5	A la charge de la centre de santé et du Merle (on poste enroué le recruteur), avec l'appui du la directeur, animer régulièrement des séances de concertation et d'échanges pluridisciplinaires et associer les équipes de jour et équipes de nuit, pour alimenter l'implantation des équipes en renforçant la diffusion, l'adaptation et l'harmonisation des pratiques professionnelles en soins gérontologiques.		RAPP : Mise en œuvre d'une stratégie d'accompagnement à l'ensemble des personnes au regard des besoins accompagnants, HAS, 2008	R.9			La recommandation n°5 est maintenue et notifiée.
6	Engager une réflexion sur le positionnement spécifique des ASPPAES au sein des (Médecins siègeants et) principes d'intervention (soin / prendre soin / intervention non médicamenteuse) en appui de l'accompagnement individualisé des résidents.		RAPP: Qualité de vie en EHPAD (volet 2). Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne, HAS, 2011 Décree n°2012-1825 du 24 décembre 2012 portant statut particulier du corps des AES et du corps des agents de service hospitaliers (parties de la FM)	R.11			La recommandation n°6 est maintenue et notifiée.
7	Formuliser un plan de développement des compétences pour l'EHPAD identifiant des actions individuelles et collectives pour l'ensemble des professionnels du site de Semur-en-Bâtonnais distinguant celles délivrées aux professionnels du site de Mâcon et permettant une adaptation des principales professionnelles au quotidien d'intervention.		RAPP: Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance, HAS, 2008	R.7			La recommandation n°7 est maintenue et notifiée.
8	Formuliser une fiche de tâches pour les soignants en poste la nuit correspondant à leur activité nocturne.			R.10			La recommandation n°8 est maintenue et notifiée.

Tableau des mesures définitives
Prescriptions

Inspecteur

Nom établissement :	EHPAD RÉSIDENCE COEUR DU BRIONNAIS	FINESS ET :	710780001
Adresse :	Doux des Pins	Commune :	SEMUR EN BRIONNAIS
Code postal :	71110		

Nº	Libellé	Fondement juridique	Délai	éléments de preuve à fournir	Référence rapport E/R	Levée O/N/ Abandonnée	Date de la levée	Observations
1	<p>Inscrire la politique de signalement de l'établissement dans un cadre opérationnel en conformité avec les exigences légales et réglementaires sur la gestion des risques:</p> <ul style="list-style-type: none"> - en donnant une information précise et exhaustive aux professionnels des EHPAD sur leurs obligations en matière de signalement, notamment des faits de violence et de maltraitance, et leurs droit à la protection mais aussi les sanctions attachées au défaut de signalement; - en assurant une formation et une sensibilisation continue des équipes à la gestion des événements indésirables et à la gestion des risques adaptée à l'activité médico-sociale; - en communiquant autour du dispositif de "lanceur d'alerte" pour la FPH. 	<p>L. 331-8-1 CASF L. 1413-14 CSP L. 313-34 CASF Art. 434-3 code pénal Art. 40 Code de procédure pénale Art. 228-13 et 14 code pénal L. 135-1 à 6 COPP Circularie du 26 juillet 2024 relative à la procédure de signalement des alertes émises par les agents publics (non publiée au JO)</p>	4 mois	<p>Document/support institutionnel validé par la direction présentant les droits et obligations des professionnels en matière de signalement et, en particulier, les faits de maltraitance.</p> <p>Programmation de modules de formation sur 2025 et feuilles d'émergence.</p> <p>Procédure interne de signalement des alertes incluant une charte de non-punition.</p>	E 1	N		<p>La prescription n°1 est maintenue et notifiée, dans l'attente de la transmission des éléments de preuve sollicités.</p>
2	<p>Renforcer l'organisation des soins prenant appui sur des équipes pluridisciplinaires qualifiées ayant une connaissance de l'EHPAD et des résidents accueillis sur le site de Semur-en-Brionnais et supervisées par la cadre de santé en lien avec le cadre supérieur de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - en évaluant à travers la maquette organisationnelle le besoin théorique cible en effectif et en ETP AES/AESG-AMP/ACES pour accompagner les résidents; - en assurant un suivi de la maquette organisationnelle pour optimiser les ressources soignantes et la complémentarité des profils/métiers en lien avec l'ETP cible; - en s'assurant de la détention effective des diplômes par les personnels pour tout recrutement, y compris en CDD; - en formalisant une procédure définissant la politique de remplacement des agents en cas d'absence programmées et non programmées pour l'EHPAD Coeur de Brionnais et adaptée au site de Semur-en-Brionnais, avec les différentes solutions mobilisables et le cadre de recours pour assurer la continuité de l'activité et l'optimisation des moyens; - en clarifiant au titre de la GPIC/GPMC, la politique de recrutement pour l'EHPAD Coeur de Brionnais et adaptée au site de Semur-en-Brionnais pour répondre à des postes vacants permanents et d'accompagnement des professionnels faisant fonction en poste dans une formation sociale et un parcours qualifiant (formation diplômante ou VAE accompagnée), en lien avec les lignes directrices de gestion; - en stabilisant un protocole d'accueil et d'immigration des nouveaux arrivants et remplaçants. 	<p>L. 312-1 II al.4 CASF O. 312-158-0 CASF L. 413-1 CFP Décret n°2021-1825 du 24 décembre 2021 portant statut particulier du corps des AES et du corps des agents de service hospitalier qualifiés de la FPH</p> <p>Guide d'aide à l'élaboration du plan bleu de l'EHPAD, Ministère de la santé et de la préservation, 2022</p> <p>Guide: Bienveillance et gestion des signaux de maltraitance en établissement, HAS, 2024</p>	6 mois	<p>Maquette organisationnelle formalisée.</p> <p>Plan d'actions faisant apparaître les différents leviers (activités, les détails) et les réalisations pour ajuster et stabiliser l'équipe soignante.</p> <p>Procédure de remplacement des agents réalisée et validée par la direction.</p> <p>Lignes directrices de gestion approuvées.</p> <p>Protocole d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants formalisé et validé par la direction.</p> <p>Liste des agents faisant fonction AS au 1/06/2025 avec démarche d'accompagnement à la professionnalisation proposée.</p>	E 2 E 5 E 8 E 9 E 6 E 12	N		<p>La prescription n°2 est maintenue et notifiée, dans l'attente de la transmission des éléments de preuve sollicités.</p>

Tableau des mesures définitives
Prescriptions

importante

Nom établissement :	EHPAD RÉSIDENCE COEUR DU BRIONNAIS	FINESS ET :	710780001
Adresse :	Dam des Pions		
Code postal :	21110	Commune :	SIMUZIEN BRIONNAIS

Nº	Libellé	Fondement juridique	Délai	éléments de preuve à fournir	Référence rapport E/R	Levée O/N/ Abandonnée	Date de la levée	Observations
3	Mettre en œuvre une démarche active de recrutement d'un temps complémentaire de médecin coordinateur pour mise en conformité de la quantité de travail avec la capacité de l'EHPAD [REDACTED] (TF), en proposant prioritairement une augmentation du temps de travail du médecin en poste, et disposant de la qualification requise ou s'engageant à l'acquérir dans un délai maximum de 3 ans). Mettre en place dans l'intervalle une disposition transitoire/alternative permettant de venir en soutien des équipes soignantes, avec l'appui du GHT pour assurer l'organisation d'une coordination médicale adaptée.	D. 312-156, D. 312-157, D. 312-158, D.312-158-1 2 ^e CASF	6 mois	Profil de poste publié avec fiche de poste. Contrat de travail signé avec un médecin avec attestation de formation requise ou engagement dans un cursus de formation OU ayant au contrat de travail du médecin en poste. Autres modalités d'appui à la coordination médicale activée, et proposée effectivement.	E 3	N		La prescription n°3 est maintenue et notifiée, dans l'attente de la transmission des éléments de preuve sollicités.
4	Demander à l'ensemble des personnels infirmiers en poste de s'inscrire ou de renouveler leur inscription à leur ordre professionnel et d'assurer de l'effectivité de cette inscription, y compris pour les CDD.	L. 4311-15 CSF	1 mois	Liste de infirmiers en poste au 1/06/2025 faisant mention de leur n° NPPS. Preuve de leur inscription à l'ordre infirmier	E 4	N		La prescription n°4 est maintenue et notifiée, dans l'attente de la transmission des éléments de preuve sollicités.

Tableau des mesures définitives
Recommendations

Inspecteur:

Nom établissement :	EHPAD RÉSIDENCE COEUR DU BRIONNAIS	FINISS ET	71078080F
Adresse :	Dom des Pions		
Code postal :	71110	Commune	SEUR-EN-BRIONNAIS

Nb	II	Libellé	Référentiel de bonnes pratiques	Référence rapport E/R	Livré O/N/ Abandonnée	Date de la levée	Observations
1		Mettre à jour la délégation de signature accordée par le DG du CH de Mâcon au responsable de site, s'appuyant sur un travail d'harmonisation de la fiche de poste des responsables de site des 4 EHPAD publics autonomes.	RBPP: La bienveillance : définitions et repères pour la mise en œuvre, HAS, 2008	R 1 R 3	N		La recommandation n°1 est maintenue et notifiée.
2		Formaliser précisément les missions et responsabilités de chaque professionnel de l'établissement à travers un organigramme par site faisant apparaître les liens hiérarchiques et fonctionnels et identifiant les postes vacants, régulièrement tenu à jour afin de donner une lisibilité de l'organisation aux personnels permanents ou occasionnels et aux familles.	RBPP: La bienveillance : définitions et repères pour la mise en œuvre, HAS, 2008	R 4	N		La recommandation n°2 est maintenue et notifiée.
3		A la charge de la direction, de manière à assurer une lisibilité de l'animation du collectif de travail de l'établissement, organiser des temps de réunions d'équipes formalisés et réguliers et assurer de manière efficace la circulation optimale des décisions et informations significatives, prises par la direction auprès des personnels et leur implications dans les réflexions.	RBPP: La bienveillance: définition et repères pour la mise en œuvre, HAS, 2008	R 2	N		La recommandation n°3 est maintenue et notifiée.
4		Mettre en place annuellement des formations interdisciplinaires relatives à la promotion de la bienveillance et/ou prévention de la maltraitance et veiller à ce que l'ensemble des agents y participent à fréquence régulière et en tant que de besoin, en lien avec leur entretien annuel d'évaluation conformément aux bonnes pratiques professionnelles.	RBPP: La bienveillance: définition et repères pour la mise en œuvre, HAS, 2008 Guide: Bienveillance et gestion des signaux de maltraitance en établissement, HAS, 2024	R 8	N		La recommandation n°4 est maintenue et notifiée.
5		A la charge de la cadre de santé et du MedCo (en poste enjou à recruter), avec l'appui de la direction, animer régulièrement des espaces de concertation et d'échanges pluridisciplinaires et associant les équipes de jour et de nuit, pour ajuster l'organisation des équipes et renforcer la diffusion, l'adaptation et l'harmonisation des pratiques professionnelles en soins gériatriques.	RBPP: Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées, HAS, 2008	R 3	N		La recommandation n°5 est maintenue et notifiée.
6		Engager une réflexion sur le positionnement spécifique des AMP-AES au sein de l'équipe soignante et les principes d'intervention (soin / prendre soin / intervention non médicamenteuse) en appui de l'accompagnement individualisé des résidents.	RBPP: Qualité de vie en EHPAD (volant 2) Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne, HAS, 2013 Décret n°2021-1825 du 24 décembre 2021 portant statut particulier du corps des AES et du corps des agents de service hospitaliers qualifiés de la FPH	R 11	N		La recommandation n°6 est maintenue et notifiée.
7		Formaliser un plan de développement des compétences pour l'EHPAD identifiant des actions individuelles et collectives pour l'ensemble des professionnels du site de Semur-en-Brionnais distinguant celles délivrées aux professionnels du site de Mercigray et permettant une adaptation des pratiques professionnelles au quotidien d'intervention.	RBPP: Missions du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance, HAS, 2008	R 7	N		La recommandation n°7 est maintenue et notifiée.
8		Formaliser une fiche de tâche pour les soignants en poste la nuit correspondant à leur activité nocturne.		R 10	N		La recommandation n°8 est maintenue et notifiée.