



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Agence Régionale de Santé de Bourgogne
Franche-Comté

Affaire suivie par :
Courriel
Téléphone :

Département de Saône-et-Loire

Affaire suivie par :
Courriel :
Téléphone :

Dijon, le

Le directeur général de l'agence régionale de santé de
Bourgogne-Franche-Comté

Le président du département de Saône-et-Loire

à

Monsieur le président
EHPAD LES MARRONNIERS
71 570 ROMANECHE-THORINS

**Objet : notification de la décision portant mesures définitives faisant suite à l'inspection réalisée au titre des articles
L.313-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles**

- EHPAD Les Marronniers – ROMANECHE-THORINS.

**PJ : - tableau des mesures définitives
- tableau de suivi Ressources humaines**

A la suite de l'inspection citée en objet, nous vous avons adressé, par lettre du 13 novembre 2024, les mesures correctives envisagées pour la structure ainsi que le rapport de la mission d'inspection.

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 20 jours calendaires vous a été accordé afin de nous faire parvenir vos observations sur les mesures et vos commentaires éventuels sur le rapport.

Nous accusons réception de vos réponses déposées le 3 décembre 2024 sur la plateforme Collecte-Pro.

Nous prenons acte des observations que vous avez formulées et des corrections que vous avez déjà apportées. De l'analyse réalisée par la mission d'inspection, il ressort que trois mesures ne sont plus justifiées :

- Injonction n°2 ;
- Prescriptions n°15 et n°19.

Nous vous notifions notre décision de maintenir les autres mesures envisagées en phase contradictoire avec les éléments de preuve attendus et les délais de réalisation à respecter, qui sont rassemblées dans le tableau en pièce jointe. Toutefois, nous avons pris en compte le contexte de votre établissement rappelé dans le courrier qui accompagnait vos observations. Certains délais de mise en œuvre des mesures ont été allongés et des éléments de preuve précisés, voire ajustés au regard de vos réponses.

ARS Bourgogne-Franche-Comté
Le Diapason, 2 Place des Savoirs, CS 73535, 21035 Dijon cedex
Tél. : 0808 807 107 - Site : www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr

Département de Saône-et-Loire
Hôtel du département, Rue de Lingendes, 71026 Mâcon cedex 9
Tél : 03 58 39 66 00 – Site : www.saoneetloire71.fr

Nous appelons votre attention sur l'importance d'assurer, au sein de votre établissement, la mise en œuvre des injonctions et prescriptions ainsi que la prise en compte des recommandations afin de rétablir et de garantir les conditions optimales d'organisation et de fonctionnement pour la santé, la sécurité ainsi que la qualité de l'accompagnement des résidents.

Conformément aux dispositions de l'article L.313-14 du code de l'action sociale et des familles, en cas de non-respect de l'injonction notifiée dans le délai fixé, nous pourrions décider de prononcer à votre encontre une astreinte journalière prévue au II dudit article.

Le suivi de la mise en œuvre des mesures sera assuré par :

Pour l'ARS :

[Redacted signature block for ARS]

Pour le Département:

[Redacted signature block for Département]

Vous trouverez également en pièce jointe, le document type « Tableau de suivi Ressources humaines » qui vous sera adressé, en format dématérialisé, par courriel. Vous le retournerez complété et établi à la date du 30/06/2025, aux référents susmentionnés dans le délai prescrit pour la mise en œuvre de l'injonction n°1 ainsi que des prescriptions n°6 et n°13. Il permettra de renforcer les conditions d'un accompagnement de proximité entre nos services et la direction de votre établissement.

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

- d'un recours gracieux à notre attention,
- d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif de Dijon. Le tribunal administratif peut être saisi d'un recours déposé via l'application Télérecours citoyens accessible par le site internet <http://www.telerecours.fr>.

**Le directeur général de l'agence
régionale de santé de Bourgogne-
Franche-Comté**

**Le président du département
de Saône-et-Loire**

[Redacted signature block]

Tableau des mesures définitives
Injonctions

Inspection des 27 et 28 juin 2024
Lettre d'annonce du 25 mars 2024

Nom établissement :	ENPAD LES MARRONNIERS	FINESSE :	
Adresse :			
Code postal :	71 570	Commune :	ROMANECHE-THORINS

Function Sous fonction (référentiel IQAS)	Nb	2	Libellé de la mesure envisagée avant procédure contradictoire	Fondement juridique	Délai	Eléments de preuve à fournir	Référence rapport E/R	Abandonnée : O/N	Décisions définitives
Prise en charge / Soins	1		Sécuriser l'organisation des soins et garantir en continu, fins de semaine comprises, les prestations individualisées attendues, adaptées aux besoins des résidents et respectant leur projet personnalisé : 1° en évaluant à travers une maquette organisationnelle, le besoin théorique cible en ressources humaines qualifiées d'aides-soignants pour accompagner les résidents. 2° en assurant un suivi de la maquette organisationnelle pour optimiser les ressources soignantes réelles en lien avec l'ETP cible et pour pouvoir disposer d'un personnel qualifié stable en continu. 3° en postant chaque nuit au moins un personnel qualifié en soins. 4° en traçant les dysfonctionnements, en les analysant en équipe, et le cas échéant en informant les représentants des résidents.	L311-3 du CASF L119-1 CASF L313-26 CASF R4311-4, R4312-30 du CSP	15 jours 3 mois	Evaluation interne sur l'organisation et la charge de travail les fins de semaine => 15 jours Maquette organisationnelle avec les besoins théoriques cibles AS sur la semaine et les fins de semaine et les effectifs réels => 3 mois Plannings réalisés des mois de septembre à décembre 2024 et prévisionnels du 1er semestre 2025 => 3 mois Fiche de poste spécifique et fiche de tâche opérationnelle des professionnels postés la nuit => 15 jours Dans le respect de leur référentiel de compétences, protocole pour AS de nuit en l'absence d'astreinte IDE revu => 15 jours Le cas échéant, diplôme des nouveaux personnels soignants recrutés.	E 18 E25	N	Les observations de l'établissement appellent les commentaires suivants : - Les documents relatifs au point 1° et 2° ne répondent pas aux attendus. - Les fiches de poste et de tâches d'AS de nuit sont identiques à celles déjà communiquées. - Il est pris acte de la révision en cours du protocole pour les AS postés la nuit en l'absence d'IDE d'astreinte et de l'engagement de l'établissement à poster systématiquement un ASD la nuit. <u>L'injonction n° 1 est notifiée.</u> <u>Le délai est porté à 7 mois pour le 1° et 2° et les éléments de preuve précisés :</u> Note relative aux mesures prises pour garantir une organisation des soins et de l'accompagnement en continu (semaine, fin de semaine) adaptée aux besoins des résidents. Maquettes organisationnelles distinguant dans l'organisation les postes d'AS et les postes de fauquant fonction (FF) d'AS et en maintenant au moins une AS de nuit présente, permettant de garantir une prise en charge adaptée et sécurisée du résident à l'aide du tableau joint (à compléter à la date du 30/06/2025). Plannings réalisés des mois de janvier à juin 2025 et prévisionnels du 3ème trimestre 2025 (révisé jour semaine et fin de semaine et de nuit en distinguant AS/personnel FFAS) <u>Le délai est porté à 1 mois pour le 3° dans l'attente des éléments de preuve :</u> Fiche de poste spécifique et révision de la fiche de tâche des professionnels postés la nuit ; Protocole pour AS de nuit, en l'absence d'astreinte IDE, revu dans le respect de leur référentiel de compétences.

Tableau des mesures définitives
Injonctions

Inspection des 27 et 28 juin 2024
Lettre d'annonce du 28 mars 2024

Nom établissement :	ENPAD LES MARRONNIERS	FINESSE :	
Adresse :			
Code postal :	71 570	Commune :	ROMANECHE-THORINS

Function Sous fonction (référentiel IQAS)	Rib	2	Libellé de la mesure envisagée avant procédure contradictoire	Fondement juridique	Délai	Eléments de preuve à fournir	Référence rapport E/R	Abandonnée : O/N	Décisions définitives
Fonctions support / Sécurité	2		Procéder : 1° à la mise en sécurité des locaux en mettant en place un dispositif sécurisé restreignant l'accès à l'armoire du système de sécurité incendie et aux locaux à risque pour les résidents (lingerie, boutique, petite salle jouxtant la boutique) ; 2° à l'identification et au rangement des contenants à usage professionnel dans des locaux sécurisés.	L311-3 du CASF	15 jours	Par tous moyens (photos, note de service de rappel, affichages,...)	E 12	O	Les éléments de preuve transmis permettant de prendre acte de la mise en place de mesures limitant les risques pour les résidents : note interne de rappel au personnel, acquisition de chariots de ménage sécurisés, fermeture des locaux techniques, fermeture de la boutique et du placard incriminé. L'injonction° 2 n'est pas notifiée.

Tableau des mesures définitives
Prescriptions

Inspection des 27 et 28 juin 2024
Lettre d'annonce du 25 mars 2024

Nom établissement: EHPAD LES MARIONNIERS
Adresse :
Code postal : 71 570

VINEST
Commune : ROMANECHE-THORINS

Fonction Sous fonction (référentiel IGAS)	Nb	21	Libellé de la mesure envisagée avant procédure contradictoire	Fondement juridique	Délai	Eléments de preuve à fournir	Référence rapport E/R	Abandonnée : O/N	Décisions définitives
Gouvernance / Management et stratégie	1		Assurer le pilotage de la gestion des risques et définir une stratégie de prévention : 1° Conduire une analyse globale des risques en complétant la cartographie des risques de maltraitance et des risques infectieux par une analyse des risques professionnels, dont les risques psycho-sociaux. 2° Finaliser le projet de plan bleu (plan de continuité d'activité). 3° Intégrer au sein du projet d'établissement, dans le cadre d'une évaluation à mi parcours, les moyens de repérage des risques et modalités de signalement et de traitement des situations de maltraitance et y annexer le plan bleu. 4° Concevoir, sous un format homogène, un plan global d'objectifs et d'actions issus des différentes analyses, documents, groupes de travail, enquêtes (projet d'établissement, évaluations, audits internes, inspections, contrôles, analyses des risques, analyse des réclamations et E/HG, enquête de satisfaction,...) et l'utiliser comme outil de pilotage. 5° En effectuer le suivi et l'évaluation à périodicité régulière. 6° Communiquer sur la politique de gestion des risques et d'amélioration continue de la qualité auprès des professionnels et des résidents par le biais de leurs représentants au CVS. 7° Inscrire cette démarche dans le cadre de la direction commune avec des outils partagés.	<u>Sur le Plan Bleu :</u> R311-38-1 CASF / D312-160 CASF Instruction n°2022-258 du 28 novembre 2022 - Annexe (guide d'aide à l'élaboration du plan bleu) <u>Sur les risques professionnels :</u> L311-3, L312-2 II CASF Décret n°2021-1570 du 3 décembre 2021 (CSE) Circulaire du 11 juin 2024 relative à l'élaboration du DUERP et de son plan d'action dans la fonction publique <u>Sur le projet d'établissement :</u> L311-6 CASF D311-38-3 à 5 CASF D311-15 2° CASF (association du CVS) RPBB - HAS - 2008 - Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service.	6 mois	Plan bleu finalisé avec avis des instances (CVS, conseil d'administration, CSE) DUERP et plan d'action formalisés et validés par les instances Note méthodologique de la démarche engagée (étapes, calendrier à court moyen et long terme)	E5 E6 R4	N	Il est pris acte de la transmission du plan bleu validé par l'instance représentative de l'EHPAD. Le plan bleu devra cependant être amendé : des mesures relevant du DARDE (prescription n°11) qui auront une incidence sur son volet relatif aux ruptures de flux énergétiques. Sur les autres points, il est pris note de l'observation relative au délai affecté à la mesure, notamment pour l'élaboration du DUERP. Sur le point 4°, la mission avait pris en compte le fait que <u>La prescription n°1 est notifiée, hormis le point n°2 considéré comme réalisé. Le délai est porté à 12 mois et les éléments de preuve ajustés :</u> DUERP et plan d'action formalisés et validés par les instances Projet d'établissement modifié Tout élément permettant d'acter d'une communication sur la politique de gestion des risques en direction du personnel et des résidents.
	2		Actualiser le règlement de fonctionnement en tenant compte des évolutions légales et réglementaires intervenues. Veiller à la cohérence avec les autres documents institutionnels : contrat de séjour, livret d'accueil et informations affichées, (rappel des mesures en cas de faits de violence sur autrui, règles d'accès à la structure dans le cadre du plan Vigipirate, rappel du libre choix des professionnels de santé). Donner une information sur le droit de visite, dans le règlement de fonctionnement et sur les panneaux d'affichage, qui soit en accord avec la réglementation.	L311-7, R311-33 à 37-1 CASF Instruction du 4 juillet 2017 n° S0/HFDS/DOCS/2017/219 relative aux mesures de sécurisation des ESMS L311-5-2 CASF (droit de visite)	4 mois	Règlement de fonctionnement actualisé Avis des instances représentatives du personnel et du CVS	ET1 ET5 ET6	N	Au regard des observations de l'établissement, <u>la prescription n° 2 est notifiée. Le délai est porté à 6 mois.</u> Les éléments de preuve demandés restent inchangés.
Gouvernance / Animation et fonctionnement des instances	3		Réviser le règlement intérieur du CVS pour le mettre en conformité avec la réglementation sur le délai de transmission de l'ordre du jour et des documents afférents.	D311-16 CASF	4 mois	Règlement intérieur du CVS révisé CR de séance du CVS	E1	N	L'établissement précise que les corrections au règlement intérieur seront présentées au CVS du mois de mars 2025. <u>La prescription n° 3 est notifiée</u> dans l'attente des éléments de preuve sollicités.

Tableau des mesures définitives
Prescriptions

Inspection des 27 et 28 juin 2024
Lettre d'annonce du 25 mars 2024

Nom établissement : L'HAD LES MARIONNIERS
Adresse :
Code postal : 71 570

FINESSE
Commune : ROMANECHE-THORINS

Fonction Sous fonction (référentiel IGAS)	Nb	21	Libellé de la mesure envisagée avant procédure contradictoire	Fondement juridique	Délai	Eléments de preuve à fournir	Référence rapport E/R	Abandonnée : O/N	Décisions définitives
Gouvernance / Gestion des risques, des crises et de événements indésirables	4		Améliorer la culture du signalement des événements indésirables associés ou non aux soins : 1° Simplifier et mettre à jour les outils/documents relatifs à la déclaration, au signalement et à la gestion des événements indésirables/événements indésirables graves comportant : - le rappel de la réglementation et des définitions distinguant les événements indésirables associés ou non aux soins (EI, EIAS), les événements indésirables associés aux soins (EIG, EIGAS) et les niveaux de risque associés. - le rappel des canaux de remontée des événements indésirables qui doivent l'être selon leur nature (EIG, EIGAS), aux autorités compétentes (ARS, CD, justice) en suivant le canal approprié (portail de signalement pour les EIGAS, mail avec formulaire réglementaire pour les EIG) ; - la formalisation de la procédure de retour d'expérience et/ou GREX selon une méthode validée ; - les modalités de suivi mises en œuvre. 2° Rappeler au personnel leur obligation à signaler (notamment les faits de maltraitance) et leur droit à la protection, fonctionnelle ou dans le cadre du dispositif de lanceur d'alerte repris dans le règlement intérieur et par le biais d'une charte de confiance. 3° Diffuser ces outils et veiller à leur compréhension et leur appropriation par l'ensemble du personnel, en sensibilisant régulièrement les professionnels pour éviter tout risque de sous-déclaration. 4° Informer les membres du CVS de cette organisation. 5° Assurer le traitement de chaque EI déclaré et sa traçabilité, ainsi que la réalisation de Retex ou d'analyse de causes pour les EIG(AS) et EI récurrent, la diffusion des décisions prises à l'issue et leur suivi effectif. 6° Assurer la remontée aux autorités de tous les EIG et EIGAS.	<u>Références correspondant aux 1° et 2° :</u> L1413-14 CSP R1413-68 CSP L331-8 CASF R331-8 CASF <u>Références correspondant au 2° :</u> L313-24 du CASF L135-1 à 5 du CGFP Art. 434-3 CP, Art.226-13 et 14 CP Art. 40 CPP Décret 2022-1284 du 3 octobre 2022 (procédure interne de recueil et de traitement des signalements - lanceur d'alerte) Circulaire du 26 juin 2024 (NOR : TFPF2415S31C) : cadre juridique des lanceurs d'alerte dans la fonction publique <u>Références correspondant aux 1°, 2° et 5° :</u> Instruction DOS/PP1/DOOS/PP2/DOCS/2A/2017/5 8 du 17 février 2017 - déclaration des EIGAS et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients	6 mois	Procédures et outils relatifs à la déclaration, au signalement à la gestion et au suivi des EI/EIG(AS) simplifiés et actualisés Règlement intérieur de la structure Charte de confiance Modalités de diffusion et d'appropriation par l'ensemble du personnel (note de services avec émargement réunions, journal interne,...) CR du CVS (2024) ayant fait l'objet d'une information sur les EI/EIG(AS)	E2 E3 E4 R2 R4	N	Il est pris acte de la réflexion en cours dans l'établissement. Les comptes rendus des 2 derniers CVS (juillet et octobre) démontrent une communication en direction des représentants des résidents et des familles sur les événements indésirables de toute nature, à inscrire dans la durée. La prescription n° 4 est notifiée dans l'attente des éléments de preuve demandés.
	5		Assurer la mise à disposition chaque jour pour chaque agent, d'une tenue propre et d'un change si nécessaire. Inscrire les modalités de gestion des tenues professionnelles dans le règlement intérieur.	R4312-37 CSP R4321-1 CT	1 mois	Tous moyens mis en œuvre	E13 E2	N	Il est noté que le prestataire a été informé des problèmes rencontrés par l'établissement pour l'exécution de la prestation relative aux vêtements professionnels. L'établissement indique devoir se rapprocher du [REDACTED] La prescription n° 5 est notifiée. Le délai est porté à 6 mois et les éléments de preuve précisés : Tous moyens mis en œuvre pour mettre à disposition du personnel les tenues professionnelles en nombre suffisant.
			Garantir la qualification et les compétences des personnels au regard de la fonction occupée :						

Tableau des mesures définitives
Prescriptions

Inspection des 27 et 28 juin 2024
Lettre d'annonce du 25 mars 2024

Nom établissement: EHPAD LES MARIONNIERS
Adresse : [REDACTED]
Code postal : 71 570

VINEST [REDACTED]
Commune : ROMANECHE-THORINS

Fonction Sous fonction (référentiel IGAS)	Nb	21	Libellé de la mesure envisagée avant procédure contradictoire	Fondement juridique	Délai	Eléments de preuve à fournir	Référence rapport E/R	Abandonnée : O/N	Décisions définitives
Fonctions support / Gestion des ressources humaines	6		1° Disposer des attestations de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2 à jour et d'une planification du suivi du recyclage des professionnels de santé concernés.	Arrêté modifié du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence R4312-46 CSP	1 mois	Attestations de formation AFGSU2 manquantes pour les professionnels concernés Planification des formations et des recyclages à venir dans le plan de formation	EB	N	attestations de formation AFGSU 2 réalisée en novembre 2024 ont été admises. En l'absence d'état des lieux pour les professionnels concernés (attestation en cours de validité, formation initiale à réaliser ou recyclage à programmer) et de planification des formations, la prescription n°6 est notifiée. Le délai est porté à 12 mois et les éléments de preuve alloués : Tableau de suivi RH complété à la date du 30 juin 2025 (cf élément de preuve demandé pour l'injonction n° 1 et la prescription n° 13). Planification pluriannuelle et programmation au plan de formation 2025 (avec avis CSE). Attestations de formation AFGSU2 ou recyclage des professionnels formés en 2025.
	7		2° Permettre à l'agent qui assure la fonction d'animatrice de bénéficier d'une formation complémentaire pour l'acquisition des compétences requises pour exercer sa fonction. 3° Veiller à ce que l'infirmier chargé des missions de coordination s'engage dans une démarche active de formation au management et à l'encadrement afin d'améliorer la régulation et la supervision des équipes placées sous sa responsabilité dont l'équipe soignante. 4° Mettre en œuvre un plan de formation AFGSU1 à destination de tout salarié affecté à la prise en soins, l'installation et l'aide au repas et à la mobilisation des résidents. 5° Faire participer l'ensemble des agents toutes fonctions confondues, de manière régulière, à une formation sur les thèmes de la promotion de la bientraitance et de la prévention de la maltraitance et proposer d'y associer les bénévoles afin de favoriser le questionnement des pratiques collectives et individuelles.	L312-1-II du CASF RBPP HAS 2008 - Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées RBPP HAS 2008 : La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre	12 mois	Programmation => fin 2024 Plan de développement des compétences 2025 avec avis du CSE => fin 2024 Attestation de formation des professionnels concernés => fin 2025 Plan de développement des compétences 2026 avec avis du CSE => fin 2025 Attestation de formation des professionnels concernés => fin 2026	E20 RE RS R10	N	Sur le 1°, l'attestation de formation de 25h suivie en 2017 par l'AMP en charge des fonctions d'animation demeure insuffisante pour valider les compétences requises. Sur le 2° et le 3°, l'établissement renvoie au plan de formation en cours de construction. Sur le 4°, les documents adressés sont ceux transmis en phase initiale de l'inspection. La mesure vise à rappeler l'importance du partage par l'ensemble du personnel, toutes fonctions confondues, en y associant les bénévoles, de réflexions autour des définitions de la maltraitance et de la bientraitance, ceci à travers des mises en situation. La prescription n° 7 est notifiée dans son ensemble. Les délais et éléments de preuves demandés demeurent inchangés.
Fonctions support / Gestion des ressources humaines	8		Désigner un référent "activité physique et sportive" dans les conditions fixées par la réglementation et assurer sa formation.	D311-40 CASF Note d'information du 29/02/2024 (NOR : T35A2406737N) - déploiement de l'activité physique et sportive dans les ESSMS du champ de l'autonomie	6 mois	Fiche de poste modifiée de l'agent désigné définissant les contours de cette mission, le cas échéant avec les compétences à acquérir dans le cadre de la formation continue CR du CVS relatif à son information sur cette désignation Note d'information	E19	N	Il est pris acte que [REDACTED] [REDACTED] Cependant, les éléments de preuve attendus n'ont pas été transmis s'agissant du périmètre de ses missions, du rôle qui lui est confié dans ce cadre. La prescription n° 8 est notifiée dans l'attente des éléments de preuve sollicités.
	9		Mettre en place des mesures permettant de sécuriser l'utilisation de la rampe d'accès à l'établissement.	L311-3- 1° CASF	1 mois	Mesures conservatoires prises Moyens mis en œuvre (Demande devis,...)	E9 R14	N	Au regard des observations de l'établissement, la prescription n° 9 est notifiée. Le délai est porté à 4 mois. Les éléments de preuve demandés sont inchangés.

Tableau des mesures définitives
Prescriptions

Inspection des 27 et 28 juin 2024
Lettre d'annonce du 25 mars 2024

Nom établissement: EHPAD LES MARIIONNIERS
Adresse :
Code postal : 71 570

FINESSE
Commune : ROMANECHE-THORINS

Fonction Sous fonction (référentiel IGAS)	Nb	21	Libellé de la mesure envisagée avant procédure contradictoire	Fondement juridique	Délai	Eléments de preuve à fournir	Référence rapport E/R	Abandonnée : O/N	Décisions définitives
Fonctions support / Sécurité	10		Mettre en place l'affichage réglementaire dans les parties communes de l'établissement (RDC et étages) sur l'interdiction de fumer et de vapoter.	R3511-6 CSP	1 mois	Photos des affichages mis en place	E10	N	L'absence d'affichage de l'interdiction de fumer et de vapoter dans les lieux à usage collectif <u>constitue une infraction</u> . <u>La prescription n° 10 est notifiée et doit être mise en œuvre sous un mois avec transmission des éléments de preuve attendus.</u>
	11		Mettre en place un dispositif pour assurer la continuité de la prise en charge par des moyens d'alimentation autonomes en énergie (en propre ou non) au regard de la vulnérabilité de la population accueillie.	L311-3 1° CASF R732-16 du code de la sécurité intérieure Instruction interministérielle DGCS/DOSSCGC/2015/355 du 7 décembre 2015	3 mois	Evaluation des risques/moyens proposés pour y répondre Le cas échéant, modalités opérationnelles de transfert des résidents les plus vulnérables	E7	N	Il est pris acte de la démarche mise en œuvre par l'établissement en vue de l'élaboration du DARDE avec l'appui d'un prestataire externe : analyse des installations électriques de la structure et propositions de solutions techniques et organisationnelles adaptées (levis joint dans le cadre de la procédure contradictoire). <u>La prescription n° 11 est notifiée avec un délai porté à 6 mois et les éléments de preuve ajoutés :</u> - DARDE rédigé.
			Respecter le droit des résidents dans le processus d'admission et dans l'élaboration et la mise en œuvre de leur projet personnalisé : 1° Reprendre le processus d'admission décrivant les différentes étapes pour lui donner une meilleure lisibilité. 2° Mettre en place une organisation permettant au médecin de rendre un avis sur l'ensemble des admissions de nouveaux résidents. 3° Mettre en place un projet d'accompagnement personnalisé pour chaque résident accueilli en recherchant sa participation à sa conception, à sa mise en œuvre et à son évaluation. Evaluer annuellement chaque PAP.						La mesure ne visait pas à la réalisation, sous un délai de 3 mois, de l'ensemble des PAP non encore élaborés mais à la présentation, dans ce délai, d'un état d'avancement des PAP manquants ainsi que des évaluations des PAP en cours. Ceci afin de constater le rétablissement progressif des droits de la personne accueillie à bénéficier d'un PAP. La programmation 2025 des évaluations participe de cet objectif en permettant de projeter l'activité au delà du délai de 3 mois. Les observations de l'établissement appellent les précisions suivantes :

Tableau des mesures définitives
Prescriptions

Inspection des 27 et 28 juin 2024
Lettre d'annonce du 25 mars 2024

Nom établissement: EHPAD LES MARIIGNIERS
Adresse :
Code postal : 71 570

VINEY
Commune : ROMANECHE-THORINS

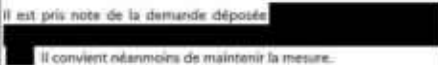
Fonction Sous fonction (référentiel IGAS)	Nb	21	Libellé de la mesure envisagée avant procédure contradictoire	Fondement juridique	Délai	Éléments de preuve à fournir	Référence rapport E/R	Abandonnée : O/N	Décisions définitives
Prise en charge / Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	12		4° Signaler aux autorités de contrôle, les interruptions dans le fonctionnement du PASA partenariaire.	L311-3-3° D312-155-0 3° du CASF. RBPP HAS 2011 : Qualité de vie en EHPAD (volet 1) ; de l'accueil de la personne à son accompagnement fiche repère HAS 2018 : Le projet personnalisé : une dynamique du parcours d'accompagnement (volet EHPAD)	3 mois	Procédure d'admission revue prévoyant l'organisation mise en place pour recueillir l'avis du médecin coordonnateur sur l'ensemble des demandes d'admission Etat de réalisation des projets d'accompagnement personnalisés manquants et des évaluations à fin 2024 Programmation 2025 des évaluations de PAP	E14 E17 R17 R13	N	 <u>La prescription n° 12 est notifiée.</u> Le délai est maintenu à 3 mois pour le 3° mais l'élément de preuve est ajusté : Tableau de suivi au 01/01/2025, des PAP pour l'ensemble des résidents = ceux ayant un PAP : date de première élaboration et date prévisionnelle d'évaluation/ceux n'ayant pas de PAP : date prévisionnelle d'élaboration. Le délai est porté à 9 mois pour le 1°, 2° et 3° avec un ajustement des éléments de preuve : 1° et 2° = procédure d'admission revue prévoyant l'organisation mise en place pour recueillir l'avis du médecin coordonnateur sur l'ensemble des demandes d'admission ; 3° = Transmission de 5 PAP élaborés à compter du 01/01/2025 et de 5 évaluations de PAP en accord avec le calendrier programmatif. Le 4° constitue un rappel ; il n'est pas associé à un délai de réalisation mais doit être mis en œuvre en tant que de besoin.
Prise en charge / Soins	13		Assurer l'organisation et la dispensation des soins par un personnel qualifié : 1° Faire réaliser les actes de soins de nursing par un personnel exclusivement qualifié. Encourager et soutenir l'inscription des personnels faisant fonction d'aide soignant dans un parcours qualifiant ou un processus de VAE (AS, AES) dans le cadre de la politique de fidélisation définie dans les lignes directrices de gestion pour maintenir la stabilité de l'équipe.	L312-1-II CASF D312-155-0 II CASF Décret n°2021-1825 du 24 décembre 2021 modifié - Art.5 Décret n° 2019-1265 du 29 novembre 2019	6 mois	Etat de l'évolution du personnel qualifié affecté sur le soin (IDE, AS, AES) depuis le jour de l'inspection Diplôme des professionnels recrutés Moyens mis en œuvre pour inciter les professionnels à se qualifier et difficultés rencontrées	E26 R11	N	Il est pris note de la demande déposée  Il convient néanmoins de maintenir la mesure. <u>La prescription n° 13 est notifiée.</u> Le délai est porté à 7 mois avec un ajustement des éléments de preuve : Tableau de suivi RH complété à la date du 30 juin 2025 (cf élément de preuve demandé pour l'injonction n°1) Moyens mis en œuvre pour fidéliser les professionnels et difficultés rencontrées.
	14		2° Mettre en place des modalités organisationnelles permettant de doter l'Ehpad d'un temps de coordination médicale adapté à sa capacité autorisée : - soit en augmentant le temps de travail du médecin coordonnateur actuel de l'établissement (ETP) ; - soit en proposant une solution alternative permettant d'apporter un soutien médical aux équipes soignantes des Ehpad.	D312-156 du CASF	6 mois	Avenant au contrat de travail du médecin coordonnateur Autres modalités complémentaires d'intervention proposées.	E22	N	Il est pris acte des observations de l'établissement. <u>La prescription n° 14 est notifiée.</u> Les délais et éléments de preuve demandés restent inchangés.
	15		3° Prescrire la pose de patch par du personnel non infirmier et réviser les conduites à tenir en cas d'urgence en conséquence.	L4314-5, R4311-7, R4312-42 CSP L4314-4 CSP (sanctions)	15 jours	Note de service	E21	O	Au regard des éléments explicatifs apportés par l'établissement (erreur sur une ordonnance), <u>la prescription n°15 n'est pas notifiée.</u>

Tableau des mesures définitives
Prescriptions

Inspection des 27 et 28 juin 2024
Lettre d'annonce du 25 mars 2024

Nom établissement: EHPAD LES MARIIGNIERS
Adresse :
Code postal : 71 570

INSEE :
Commune : ROMANECHE-THORINS

Fonction Sous fonction (référentiel IGAS)	Nb	21	Libellé de la mesure envisagée avant procédure contradictoire	Fondement juridique	Délai	Eléments de preuve à fournir	Référence rapport E/R	Abandonnée : O/N	Décisions définitives
	16		4° Procéder à un recueil de la douleur et à sa réévaluation pour les résidents qui le nécessitent, à l'aide d'outil adopté.	R4311-8, R4312-10, R4312-19, R4312-41 et R4312-42 CSP	1 mois	Grille d'évaluation de la douleur et transcription dans le dossier de soin (3 exemples anonymisés)	E27	N	Dans le questionnaire de satisfaction remis, près de 10% des résidents ne sont pas satisfaits de la prise en charge de la douleur et 20 % des résidents ne se sont pas exprimés, soit un tiers des résidents. Aussi, il convient de maintenir la mesure. <u>La prescription n° 16 est notifiée.</u> Les délais et éléments de preuve demandés restent inchangés.
Prise en charge / Soins	17		Garantir la qualité et la sécurité du circuit du médicament : 1° Porter le nom du résident sur chaque solution buvable qui lui appartient 2° Assurer un suivi de la distribution des traitements morphiniques 3° Ne pas détenir de traitements de résidents décédés	R5126-108 et R4312-38 CSP	1 mois	Photos Note du pharmacien sur la gestion du stock de morphinique Reprise des thérapeutiques des résidents décédés par le pharmacien.	E29	N	<u>La prescription n° 17 est notifiée.</u> Les délais et éléments de preuve demandés restent inchangés.
	18		Disposer de la liste des médicaments à ne pas ouvrir, ni broyer et informer le médecin ainsi que le pharmacien des difficultés rencontrées lors de la distribution.	R4312-38, R4312-42 CSP	15 jours	Note de service	E30	N	<u>La prescription n° 18 est notifiée avec un délai porté à 1 mois</u> pour la transmission des éléments de preuve.
	19		Sécuriser l'accès aux thérapeutiques (Armoire des Préparations en doses à administrer).	R5126-109 et R4312-39 CSP	15 jours	Photos (réparation serrure), facture d'achat.	E28	O	Au regard de la réponse de l'établissement et des éléments de preuve communiqués, <u>la prescription n° 19 n'est pas notifiée.</u>

Tableau des mesures définitives
Prescriptions

Inspection des 27 et 28 juin 2024
Lettre d'annonce du 25 mars 2024

Nom établissement: EHPAD LES MARIONNIERS
Adresse :
Code postal : 71 570

FINESSE
Commune : ROMANECHE-THORINS

Fonction Sous fonction (référentiel IGAS)	Nb	21	Libellé de la mesure envisagée avant procédure contradictoire	Fondement juridique	Délai	Eléments de preuve à fournir	Référence rapport E/R	Abandonnée : O/N	Décisions définitives
Relations avec l'extérieur / Coordination avec les autres acteurs	20		Développer des partenariats opérationnels avec la filière gériatrique de proximité et les autres acteurs locaux : 1° Actualiser et/ou formaliser de manière opérationnelle les recours et appuis gériatriques : - Hospitalisations programmées et non programmées avec le CH de Mâcon, - Equipes mobiles : EMG et EMSP, - Structure(s) d'HAD, - Gériatopsychiatrie, - Equipe mobile d'hygiène 2° Intégrer dans les conventions de partenariat avec ces établissements et structures d'appui des indicateurs de suivi et d'évaluation, permettant leur ajustement lors des reconductions. 3° Définir et activer des mutualisations avec les autres membres du GCSMS des EHPAD et en interne aux établissements de la direction commune. 4° dans le cadre d'une évaluation à mi-parcours, compléter le projet d'établissement avec l'état des partenariats, les besoins, les attentes en matière de coordination et coopération au regard de l'évolution du public accueilli.	D312-155-0-5°, D312-158-11° CASF Instruction n° DGCS/3A/DGOS/R4/2017/341 du 29 décembre 2017. Instruction N° DGOS/R4/2022/31 du 7 février 2022 Instruction N° DGOS/R4/2023/43 du 19 avril 2023 IBPP HAS : Ouverture de l'établissement à et sur son environnement / 2008	6 mois	Conventions actualisées et/ou formalisées, datées et signées. Compte rendu de réunions du GCSMS. Note définissant les pistes de mutualisation au sein de la direction commune Evaluation à mi-parcours du projet d'établissement => fin 2025	EE E24 R16	N	Au regard de la réponse de l'établissement, la prescription n°20 est notifiée avec un délai porté à 12 mois pour la transmission des éléments de preuve. Il est relevé dans le compte-rendu du CVS du 11 octobre 2024 que l'intervention d'une infirmière hygiéniste a été annoncée avec 8 interventions sur site et 8 à distance.
	21		4° Organiser annuellement une réunion de coordination gériatrique	D312-158 CASF Fiche repère HAS 2018 - Commission de coordination gériatrique	3 mois	Compte rendu de la réunion 2024	E23	N	Même s'il existe un travail en réseau des médecins traitants impulsé par le médecin coordonnateur, la tenue de la commission de coordination gériatrique constitue une obligation réglementaire qu'il revient à la direction de la structure d'organiser avec la collaboration du Médec. L'établissement peut proposer l'organisation d'une CCG commune, en alternance, avec un autre EHPAD de la direction commune sur des sujets communs. <u>La prescription n° 21 est notifiée avec un délai porté à 8 mois et l'élément de preuve ajusté :</u> Ordre du jour et compte rendu de la réunion 2025.

**Tableau des mesures définitives
Recommandations**

Inspection des 27 et 28 juin 2024
Lettre d'annonce du 23 mars 2024

Nom établissement :	EHPAD LES MARRONNIERS	FINESSE	71 078 072 7
Adresse :	81 rue des Guillottes		
Code postal :	71 570	Commune :	ROMANECHE-THORINS

Fonction Sous fonction (référentiel IGAS)	Nb	10	Libellé de la mesure envisagée avant procédure contradictoire	Référentiel de bonnes pratiques	Référence rapport E/R	Abandonné e : O/N	Décisions définitives
Gouvernance / Management et stratégie	1		Pour informer les professionnels, les résidents et leurs représentants de l'organisation et du fonctionnement de la structure : - Mettre en place un organigramme permettant d'identifier les professionnels avec leur fonction ainsi que les liens hiérarchiques et fonctionnels et les postes vacants. - Le diffuser et le tenir à jour.	RBPP HAS 2008 - Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance	R 5	N	Absence d'observations de l'établissement. La recommandation n° 1 est notifiée.
Gouvernance / Animation et fonctionnement des instances	2		Enrichir les enquêtes de satisfaction avec des questions ouvertes pour permettre le recueil d'éléments exprimés spontanément par les résidents en suivant les recommandations de la HAS et donner un sens concret aux données chiffrées.	Guide méthodologique HAS : Recueil du point de vue des personnes hébergées ou accueillies en EHPAD /2023 RBPP HAS : La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre / 2008	R 1	N	Absence d'observations de l'établissement. La recommandation n° 2 est notifiée.
Gouvernance / Gestion des risques, des crises et de événements indésirables	3		Formaliser une procédure de recueil, d'analyse et de suivi des réclamations ; - La diffuser auprès de l'ensemble du personnel et des résidents, de leurs représentants. - Assurer une traçabilité des réponses apportées. - Présenter un bilan annuel au CVS.	RBPP HAS 2008 - Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance	R 3	N	Absence d'observations de l'établissement. La recommandation n° 3 est notifiée.
Fonctions support / Gestion des ressources humaines	4		Mentionner dans les fiches de poste de l'animatrice et de l'agent technique, la mission de voiturage des résidents ainsi que la nécessité de détenir un permis de conduire valide et mettre en œuvre une organisation qui permette de s'assurer de la détention d'un permis de conduire valide à fréquence régulière.	RBPP HAS 2008 - Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées	R 6	N	Absence d'observations de l'établissement. La recommandation n° 4 est notifiée.
	5		Mettre en place dans le cadre de la direction commune, une procédure de remplacement pour sécuriser les compétences uniques et garantir une continuité de fonctionnement de la structure à tous les niveaux.		R 7	N	Absence d'observations de l'établissement. La recommandation n° 5 est notifiée.
Prise en charge / Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	6		Réunir, de manière régulière, les professionnels pour permettre la transmission d'informations et des échanges pluridisciplinaires.	RBPP HAS : Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance / 2008 RBPP HAS 2008 - Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées	R12	N	Absence d'observations de l'établissement. La recommandation n° 6 est notifiée.
	7		Mettre en œuvre un audit "interruption de tâches" à destination des IDE et des personnels habilités à distribuer les traitements.		R20	N	Absence d'observations de l'établissement. La recommandation n° 7 est notifiée.

**Tableau des mesures définitives
Recommandations**

Inspection des 27 et 28 juin 2024

Lettre d'annonce du 23 mars 2024

Nom établissement :	EHPAD LES MARRONNIERS	FINESSE	71 076 072 7
Adresse :	81 rue des Guillatès		
Code postal :	71 570	Commune :	ROMANECHE-THORINS

Fonction Sous fonction (référentiel IGAS)	Nb	10	Libellé de la mesure envisagée avant procédure contradictoire	Référentiel de bonnes pratiques	Référence rapport E/R	Abandonné e : O/N	Décisions définitives
Prise en charge / Soins	8		Faire l'acquisition d'un peson adaptable sur le dispositif de rail de transfert pour faciliter la pesée des résidents dépendants.		R15	N	Il est pris en compte le fait que l'établissement dispose de plateaux de pesée. Mais le fait de disposer de pesons adaptables sur les rails de transfert permet de limiter les risques pour les personnes, d'améliorer la qualité de la prise en charge et les conditions de travail des professionnels. La recommandation n° 8 est notifiée.
Prise en charge / Vie quotidienne - Hébergement	9		Etudier la possibilité d'installer un système de verrouillage plus simple des portes (carte ou badge) pour les personnes rencontrant des problèmes de motricité ou en fauteuil roulant afin de rendre effectif leur droit à l'intimité et à leur liberté d'aller et venir sans avoir à solliciter le personnel.	R8PP HA5 2012 : Qualité de vie en EHPAD (volet 2) Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne	R19	N	Absence d'observations de l'établissement. La recommandation n° 9 est notifiée.
Prise en charge / Vie sociale et relationnelle	10		Mettre en place un lieu d'échanges pluridisciplinaire pour la supervision et l'adaptation du programme d'animation et étendre les activités.	R8PP HA5 2012 : Qualité de vie en EHPAD (volet 3) La vie sociale des résidents en EHPAD	R18	N	Absence d'observations de l'établissement. La recommandation n° 10 est notifiée.