

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

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

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

**Directeur Général
Association Chemin d'espérance
57 rue Violet
75015 Paris**

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

Saint-Denis, le **11 AOUT 2025**

Lettre recommandée avec AR

N° **2C 132 925 71198**

Monsieur le Directeur Général,

Comme annoncé dans notre courriel du 6 octobre 2023, un contrôle sur pièces de l'EHPAD « Grenelle » a été réalisé au titre du programme pluriannuel de contrôle des EHPAD. Ce programme 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.

Dans le cadre de la procédure contradictoire, en application des articles L. 121-1 et L. 122-1 du code des relations entre le public et l'administration, nous vous avons adressé le rapport que nous a remis la mission de contrôle, ainsi que les 6 injonctions, 17 prescriptions et 18 recommandations que nous envisageons de vous notifier (Cf. **annexe**).

Vous nous avez transmis des éléments de réponse détaillés le 24 juin 2025, ce dont nous vous remercions. Nous notons que des corrections et des précisions ont été apportées concernant les injonctions, prescriptions et recommandations, les éléments transmis permettent de lever les mesures suivantes :

- Injonction 5 : « Transmettre les bons de prise en charge accompagnés des bordereaux de suivi correspondants des 6 derniers mois. »
- Prescription 6 : « Faire réaliser et transmettre le rapport d'une nouvelle évaluation externe. »
- Recommandation 1 : « Etablir un organigramme qui présente les liens hiérarchiques entre les différentes entités de l'établissement. »
- Recommandation 2 : « Formaliser et transmettre le document de délégation de pouvoir au directeur. »

- Recommandation 4 : « Réviser les différents documents à destination des professionnels et résidents pour leur présenter la politique de bientraitance et prévention de la maltraitance de l'établissement. »
- Recommandation 8 : « Mettre en place des formations internes notamment sur les thèmes du repérage de la maltraitance, ainsi qu'à la prise en charge des troubles du comportement et sensoriels. »

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

Ainsi, nous vous notifions à titre définitif 5 injonctions, 16 prescriptions et 14 recommandations que vous trouverez en annexe au présent courrier.

Nous vous encourageons à poursuivre ces démarches et à engager les mises en conformité demeurant nécessaires dans les délais impartis.

Nous appelons votre attention sur la nécessité de transmettre à la Délégation départementale de l'ARS Île-de-France et à la Ville de Paris les éléments de preuve documentaire permettant le suivi des mesures correctives et la levée des injonctions.

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 code de l'action sociale et des familles (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.

Un recours contentieux peut être formé devant le tribunal administratif dans les deux mois suivant la réception de la présente notification. Le tribunal administratif peut être saisi par l'application Télérecours citoyens accessible par le site <https://citoyens.telerecours.fr>

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

Pour le Directeur Général de l'Agence Régionale de
Santé Île-de-France et par délégation

La Directrice adjointe de la Délégation départementale
de Paris

Pour la Maire de Paris et par délégation,

 La Directrice des Solidarités

Esther LEPAICHEUX

Jeanne SEBAN

Copie à :

Monsieur , Directeur
EHPAD Grenelle
3-5 avenue Delecourt,
75015 PARIS

Annexe : Décisions faisant suite au contrôle sur pièces réalisé le 6 octobre 2023 au sein de l'EHPAD Grenelle (n°FINESS 750803769), 3-5 avenue Delecourt, 75015 Paris.

Mesure envisagée	Ref. Rapport	Réponse de l'établissement	Décision	Délai
Inj 1 EI/EIG Mettre en place la culture d'identification, de gestion et de déclaration des EI et EIG dans l'établissement en : - rédigeant une procédure de gestion des EI/EIG (comprenant le signalement au procureur pour les cas de maltraitance, agressions, harcèlements...), la transmettre, - réalisant des formations des salariés au repérage et aux signalements des EI/EIG, - mettant en places des RETEX en équipe pluridisciplinaire lors de la survenue d'EI et EIG, - mettant à jour le PACQ à partir, entre autres, de ces RETEX,	Ecart 8 : Des suspicions ou faits de maltraitance n'ont pas été déclarés aux autorités de contrôle, ce qui contrevient à l'article L 331-8-1 CASF. Ecart 9 : En ne déclarant pas aux autorités administratives compétentes la totalité des dysfonctionnements graves dans leur gestion ou leur organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits et de tout évènement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées, l'établissement contrevient à L. 331-8-1 du CASF.	L'établissement a transmis des documents relatifs aux procédures relatives aux événements indésirables, des documents en lien avec les formations assurées et des déclarations d'EIG. Pour les procédures, l'EHPAD a envoyé une procédure portant sur la conduite à suivre en cas d'EI, une fiche détaillant comment déclarer sur le logiciel de l'établissement, une procédure portant sur les abus de faiblesse et le harcèlement, une procédure de gestion des EI, une procédure de gestion des situations de maltraitance et de violence et une procédure de signalement en externe des EIG/EIGS/EIAS/Maladie à déclaration obligatoire.	En raison des documents produits la mission lève les points de l'injonction relatifs : -A la rédaction d'une procédure de gestion des EI/EIG. -A la réalisation de formations des salariés au repérage et au signalement des EI/EIG. La mission indique que cette l'établissement que cette démarche de formation interne mériterait d'être pérennisée dans l'EHPAD. -A la rédaction de déclaration et de gestion spécifiques aux situations de violences, de harcèlements sexuels et d'agressions	3 mois
		Pour les formations, l'EHPAD a transmis un support de formation flash de l'organisme gestionnaire ainsi que des	L'EHPAD n'a pas transmis d'éléments sur le plan de la qualité et l'intégration des retours d'expérience dans les actions à mener. La mission	

Mesure envisagée	Ref. Rapport	Réponse de l'établissement	Décision	Délai
- déclarant les EIG à l'ARS et la Ville de Paris, transmettre les EIG 2024 et leur RETEX, - Rédigeant les procédures de déclaration et de gestion spécifiques aux situations de violences, de harcèlements sexuels et d'agressions, les transmettre. Article L. 331-8-1 du CASF	Remarque 5 : L'établissement n'a pas de procédure relative aux situations de violence, de harcèlements sexuels et d'agression. Remarque 7 : La procédure de gestion des EI/EIG ne mentionne pas l'obligation de signalement au procureur lorsqu'il s'agit d'une suspicion de maltraitance, de situations de violences, de harcèlements sexuels ou de situations d'agression. Remarque 8 : Les plans des formations professionnels ne mentionnent pas de formation sur la déclaration des EI/EIG. Remarque 9 : Aucun RETEX d'EIG n'a été transmis lors du présent contrôle	feuilles d'émargements de février 2023 et mars à mai 2024. Pour les déclarations d'événements indésirables et RETEX, l'établissement a transmis un mail de déclaration ainsi que les analyses et retour expérience d'un EIG de 2023 et d'un EIGS de 2025.	note également que les RETEX n'indiquent pas quelles personnes ont été mobilisées pour son élaboration et que la chronologie des retours transmis n'est pas toujours cohérente. De plus, l'établissement n'a pas déclaré d'EIG pendant l'année 2024 alors que des retards de livraison et erreurs de mise à jour des piluliers étaient identifiés. Il est demandé à l'établissement de compléter les analyses proposées dans les RETEX pour les inclure dans le PACQ et suivre leur déploiement dans l'EHPAD, d'indiquer dans ses RETEX quels agents ont été mobilisés pour en faire l'analyse ainsi que de transmettre tout document permettant à la mission de vérifier le suivi des événements indésirables fait par l'établissement en 2024 et 2025. L'injonction est donc partiellement maintenue.	

Mesure envisagée	Ref. Rapport	Reponse de l'établissement	Décision	Délai
Inj 2 S'assurer d'une prise en charge de qualité en garantissant la présence d'AS et IDE fixes auprès des résidents en nombre suffisants le jour et la nuit (voir critères de calcul du CPOM). Dans la perspective du recrutement des IDE et AS, transmettre les preuves de publications d'annonce de recrutement (journaux, internet, etc...). Article L.311-3, 1° et 3° du CASF	Ecart 11 : L'équipe de l'établissement n'est pas stabilisée et le recours à de nombreux CDD en fragilise la cohésion. Ecart 12 : La présence infirmière est irrégulière et insuffisante pour permettre de maintenir la qualité des soins et la sécurité des résidents. Ecart 13 : Le nombre de membres de l'équipe soignante n'est pas régulier en continu ce qui est de nature à remettre en cause la sécurité des résidents et la qualité de leur prise en charge. Ecart 15 : Le nombre de professionnels présents la nuit, que ce soit en organisation ou en continu, ne permet pas de garantir la sécurité des soins des résidents, ce qui contrevient à l'article L.311-3 1° du CASF.	L'établissement a transmis les plannings de l'équipe soignante jour et nuit ainsi que du personnel infirmier pour le mois d'avril 2024, les offres d'emplois pour les postes de médecin coordonnateur et d'IDE CDI/CDD sur le site de l'organisme gestionnaire ainsi qu'un document contenant les coordonnées et des exemples d'horaires pour des personnels libéraux intervenant dans l'EHPAD.	La légende du planning soignant n'ayant pas été transmise, la mission ne peut déterminer quelles sont les qualifications des personnels intervenant et si la présence d'aides-soignants est suffisante dans l'établissement. D'après le planning IDE transmis, l'EHPAD ne dispose que de deux ETP d'IDE en CDI et la « présence d'IDE vacataires » est sanctuarisée dans le planning. La mission répète le constat fait dans le rapport qui est que la présence de deux IDE la journée n'est pas suffisant pour assurer une prise en charge de qualité au vu du nombre de résidents dans l'établissement. La mission note également que les publications d'annonce pour les postes d'IDE et de médecin coordonnateur n'ont été faits que sur le site de l'organisme gestionnaire. Injonction maintenue.	3 mois



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



Mesure envisagée	Ref. Rapport	Réponse de l'établissement	Décision	Délai
Transmettre la fiche récapitulative du DTA (Dossier Technique Amiante). Articles L.1334-12-1 à L.1334-17, L.1337-2 à L.1337-5, R.1334-14 à R.1334-29-9 du CSP.	Ecart 25 : L'établissement n'a pas transmis la fiche récapitulative du DTA.	L'établissement a transmis deux rapports de repérage avant travaux relatifs à des interventions programmées. Les repérages couvrent une partie des deux bâtiments.	Bien que les éléments transmis soient rassurants en termes d'amiante, l'ensemble des bâtiments ne sont pas couverts par ses repérages. Il convient de transmettre la fiche récapitulative du diagnostic technique amiante initial ou celle d'un DTA à programmer sans délai.	1 mois
Mettre à jour la convention de collecte et la transmettre à l'ARS. Article L.1335-2, R.1335-1 à R.1335-14 du CSP.	Ecart 26 : La convention de collecte des DASRI est obsolète. L'établissement n'est pas en conformité avec les textes en vigueur.	L'établissement a transmis une convention de collecte obsolète (collecteur, type de prise en charge, lieux de traitement et fréquence de collecte différents / bordereaux)	Injonction maintenue La mission demeure en attente de la transmission d'une convention établie avec le collecteur actuel « La collecte médicale » indiquant l'ensemble des éléments réglementaires.	Immédiat
Transmettre les bons de prise en charge accompagnés des bordereaux de suivi correspondants des 6 derniers mois. Article L.1335-2, R.1335-1 à R.1335-14 du CSP.	Ecart 27 : Les bordereaux de suivi des DASRI dans le cadre d'un traitement avec regroupement n'ont pas été transmis. Cela ne permet pas d'attester de la réalisation du traitement des DASRI.	L'établissement a transmis quelques bons de prises en charge accompagnés de bordereaux attestant du traitement. Il manquait la liste des établissements qui ont fait l'objet de la même tournée d'élimination.	Injonction maintenue Il convient à l'établissement de garder pour chaque collecte : le bon de prise en charge, le bordereau attestant du traitement des déchets mais également la liste jointe par le collecteur de l'ensemble des établissements collectés et traités.	Immédiat

Mesure envisagée	Ref. Rapport	Réponse de l'établissement	Décision	Délai
Inj 6 Réaliser des analyses de légionelles sur les fonds de ballon et dans plusieurs chambres représentatives de l'établissement et/ou au niveau de points critiques en différenciant bien les différents départs et retour de boucle. Transmettre les résultats à l'ARS. Arrêté 1er février 2010 relatif à la surveillance des légionelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire (Cf. Annexe 2).	Ecart 28 : Les analyses de légionelles comprenant l'ensemble des points de surveillance n'ont pas été effectuées selon la réglementation en vigueur. Remarque 29 : Les analyses contiennent plusieurs départs et retours de boucles. Il conviendrait de bien les différencier (Cf analyse 2022).	L'établissement a transmis les analyses de juin 2024. 3 points ont été prélevés et analysés sur chaque bâtiment dont les départs et les retours de boucle. Aucun fond de ballon n'a été prélevé et s'il n'y en a pas ou qu'ils ne sont pas accessibles, aucune information n'a été donnée. Par ailleurs, au droit d'un établissement de 124 chambres, il paraît peu pertinent de n'avoir que 6 points de prélèvements. Les salles de douche individuelles doivent faire l'objet de prélèvement selon leur positionnement défavorable.	Injonction retirée Il est nécessaire de compléter le maillage des prélèvements légionelles (fonds de ballon si existants et accessibles, ainsi qu'au droit de plusieurs salles de douche (les + éloignés ou avec risques majorés de développement légionelles). Transmettre les analyses de 2025 et les compléter préalablement si nécessaire selon les éléments indiqués ci-dessus. Injonction maintenue	1 mois

Prescription envisagée	Ref. Rapport	Réponse de l'établissement	Décision	Délai
P1 Rédiger et transmettre un projet spécifique de service du PASA. Articles D312-155-0-1 et D312-155-0-2 du CASF	Ecart 1 : L'absence de projet spécifique de service du PASA contrevient aux dispositions des articles D312-155-0-1 et D312-155-0-2 du CASF.	L'établissement a transmis des comptes-rendus de réunion d'employés du PASA, des évaluations de la prise en charge au PASA pour un résident, un livret d'accueil pour les stagiaires au PASA ainsi qu'un planning prévu pour un résident venant au PASA.	L'établissement n'a pas transmis d'éléments portant sur la rédaction du projet de service spécifique au PASA. Prescription maintenue.	3 mois



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



	Prescription envisagée	Ref. Rapport	Réponse de l'établissement	Décision	Délai
P2	Rédiger et transmettre le nouveau projet d'établissement. Article L311-8 du CASF	Ecart 2 : En ne disposant pas d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.	L'établissement a transmis un document expliquant la démarche de rénovation du projet d'établissement avec un calendrier de travail indiquant sa validation et présentation aux instances en juin 2025. L'EHPAD a également transmis le projet d'établissement qui indique dater de 2016.	Dans l'attente de l'envoi du projet d'établissement finalisé, la prescription est maintenue .	6 mois
P3	Transmettre les fiches actions des annexes du plan bleu et en particulier les : - procédure en cas de rupture de flux (électricité, eau potable, ...) en prenant en compte le DARDE, - procédure de préparation et de gestion d'une évacuation de l'établissement, - procédure de rappel du personnel, - procédure de gestion des décès massifs.	Ecart 3 : Les documents du plan bleu transmis sont incomplets (manque fiche des annexes), ainsi le plan bleu transmis n'est pas en conformité avec l'instruction interministérielle N° DGS/SS2/-DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).	L'établissement a transmis les annexes relatives aux procédures à suivre en cas de rupture des flux, en cas de panne informatique et pour l'évacuation du bâtiment.	La mission prend en compte les procédures transmises. Dans l'attente de transmission des procédures de rappel du personnel et de gestion des décès massifs, la prescription est maintenue .	3 mois
P4	Transmettre les documents sur la répartition du temps de travail entre les 2 sites ainsi que l'effectivité du temps de présence réelle du directeur sur cet EHPAD Grenelle.	Ecart 4 : Le directeur en poste dans l'établissement cumule cette fonction avec un poste de directeur du Pôle Paris Chemins d'espérance, il ne peut de ce fait exercer pleinement ces fonctions de directeur dans l'EHPAD	L'établissement a transmis un organigramme de l'EHPAD indiquant la présence d'une directrice adjointe, une fiche de poste de directeur de pôle et une délégation de pouvoirs paraphée et signée entre le directeur général et le directeur d'établissement.	Les documents transmis n'indiquent pas la répartition du temps de présence du directeur dans les deux EHPAD sur lesquels il intervient. La fiche de poste transmise indique également que le directeur de pôle, poste assuré par le	1 mois

	Prescription envisagée	Ref. Rapport	Réponse de l'établissement	Décision	Délai
	Articles L315-17 et D 312-176-5 CASF	(Articles L315-17 et D 312-176-5 CASF).		directeur actuel de l'établissement, ne peut assurer la direction d'un établissement que de façon temporaire. En l'absence d'éléments indiquant la répartition du temps de travail du directeur, il est demandé à l'établissement de transmettre le contrat de travail et la subdélégation de compétence à la directrice adjointe de l'établissement afin que la Mission puisse s'assurer de l'exercice de ses missions de direction dans l'EHPAD.	
P 5	Mettre en conformité la composition du CVS et la rédaction des comptes rendus conformément aux dispositions réglementaires en vigueur. Articles D.311-5, D.311-9, D.311-17, D311-18 du CASF et D.311-20 du CASF.	Ecart n°5 : La composition du CVS n'est pas conforme à la réglementation et contrevient aux articles D.311-5, D.311-9, D.311-17 et D311-18 du CASF. Ecart n°6 : La rédaction des comptes rendus ne respecte pas les articles D.311-5, D.311-9, D.311-17 et D.311-20 du CASF.	L'établissement a transmis un document présentant le déroulé des élections du CVS, les candidatures et résultats des élections pour le collège des familles et représentants légaux, la liste des membres du CVS en octobre 2024 ainsi que le compte-rendu de la séance du 29 janvier 2025.	La prescription est maintenue. La mission prend note de l'élection de nouveaux membres pour le collège des familles et représentants légaux qui, avec les membres du collège des résidents, représentent plus de la moitié des membres du CVS. Cependant, le reste des effectifs n'ont pas été modifiés et la mission rappelle à l'établissement que les	3 mois



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



	Prescription envisagée	Ref. Rapport	Réponse de l'établissement	Décision	Délai
P 6	Faire réaliser et transmettre le rapport d'une nouvelle évaluation externe. Article D.312-204 du CASF	Ecart 7 : L'évaluation externe présentée date de plus de 5 cinq ce qui contrevient à l'article D.312-204 du CASF.	La direction a transmis l'évaluation HAS, les résultats sont globalement bons puisque l'établissement obtient plusieurs étoiles et une majorité de notes à 4. Quelques points restent notés 3, voire 2 : - Les professionnels assurent la traçabilité du consentement ou du refus exprimé de la personne accompagnée, - Les professionnels encouragent le recours à la pair-aidance et autres dispositifs entre personnes accompagnées, - Les professionnels repèrent de manière précoce les risques de perte d'autonomie et d'isolement social et alertent les personnes ressources, - Les professionnels facilitent la compréhension des messages de prévention et d'éducation à la santé,	représentants des communautés religieuses, le directeur et la directrice adjointe ne sont pas des membres de droit du CVS. Le compte-rendu transmis est encore signé par le directeur de l'établissement. Prescription maintenue. Prescription retirée.	

	Prescription envisagée	Ref. Rapport	Réponse de l'établissement	Décision	Délai
P 7	Rédiger et transmettre des fiches de postes spécifiant et différenciant les missions des agents de service logistique soit en tant qu'agent de service hôtelier, soit en tant qu'auxiliaire de vie, en	Ecart 10 : La Mission de contrôle a pu identifier que les agents dénommés « agent de service logistique » exercent tantôt des fonctions d'aide-soignant, tantôt des fonctions d'agent de service	- Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés à la prévention et à l'éducation à la santé, - Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés aux activités et approches non médicamenteuses, - Les professionnels repèrent et/ou évaluent et tracent les douleurs du résident selon des modalités adaptées, - Les professionnels adaptent le projet d'accompagnement aux risques liés aux addictions, à la sexualité, de harcèlement ou d'abus de faiblesse, conduites à risques, de radicalisation et/ou prosélytisme, - Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés au repérage, à la prévention, à la gestion des risques de rupture de parcours et au risque infectieux, - L'établissement organise des actions de sensibilisation à la bientraitance, - L'établissement communique sur le traitement des plaintes et des réclamations.	Prescription maintenue.	1 mois



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



Prescription envisagée		Ref. Rapport	Réponse de l'établissement		Décision	Délai
fonction de leurs missions et leur confier des tâches appropriées à leurs missions.		hôtelier ce qui contrevient aux articles L.311-3 1° & 3° du CASF.				
P 8	Clarifier les fonctions des Aides-soignants, Accompagnants Educatifs et Sociaux (ex AMP), des auxiliaires de vie et agents de soins afin de respecter les compétences de chaque catégorie de professionnels et les respecter, en : - Modifiant les fiches de postes et les fiches de tâches heurées en différenciant clairement les AS des accompagnants éducatifs et sociaux (ex AMP), - Créant une fiche de poste et une fiche de tâches heurées pour les auxiliaires de vie, les agents de soins et l'accompagnateur de vie et santé. Articles L.4391-1 et R.4311-1 du CSP, L311-3 1°, L.451-1, D.312-155-0 2° et D.451-88 & 89 du CASF	Ecart 14 : Les conditions de fonctionnement de l'équipe soignante ne permettent pas de s'assurer qu'il n'existe pas de glissement de tâches au sein de l'équipe soignante. Remarque 11 : Les fonctions et rôles des agents de soins et de l'accompagnateur de vie et santé ne sont pas explicites Remarque 15 : L'établissement n'a pas fourni de fiches de tâches heurées pour les accompagnants éducatifs et sociaux (ex. AMP) et les agents de soins.	L'établissement n'a pas transmis d'éléments.		Prescription maintenue.	1 mois

	Prescription envisagée	Ref. Rapport	Réponse de l'établissement		Décision	Délai
			L'établissement n'a pas transmis d'éléments.	transmis	Prescription maintenue.	1 mois
P 9	Assurer le suivi du temps de réponse aux appels malades. Article L311-3 du CASF	Ecart 21 : La mission de contrôle constate que le suivi du temps de réponse aux appels malades n'est pas assuré et que ce dysfonctionnement a déjà provoqué des manquements à la sécurité des résidents. Le système d'appel malade n'est pas mis à jour ce qui ne garantit pas la sécurité du résident et contrevient à l'article L311-3 du CASF.				
P 10	Apporter la preuve que des avis du MedCo ont été réalisés pour toutes les admissions 2024. Article D312-158, 2° du CASF	Ecart 17 : Le RAMA transmis indique que de 2018 à 2021 le nombre d'avis du MedCo est systématique inférieur au nombre d'admission, et aucun avis du MedCo n'a été rendu en 2022 pour les admissions de nouveau résident.	L'établissement n'a pas transmis d'éléments.		Prescription maintenue.	1 mois
P 11	Transmettre les données actualisées relatives à la réalisation des PAP (cf. courriel du 6 octobre 2023 pour les modalités). Article D312.155.0 3° CASF	Ecart 18 : L'établissement n'a transmis aucune donnée sur la réalisation des PAP et leur révision annuelle.	L'établissement a transmis les plannings de réalisation des Projets d'Accompagnement Personnalisés pour les mois de mars, avril, mai et juin 2025, un PAP en cours de travail, pas encore signé par le résident, et un PAP finalisé et signé par le résident.		La mission prend en compte les éléments transmis et le travail fait sur les PAP. Les éléments transmis ne permettent pas à la Mission de déterminer si tous les résidents	1 mois

	Prescription envisagée	Ref. Rapport	Réponse de l'établissement	Décision	Délai
P 12	Transmettre le compte rendu de la commission gériatrique 2024. Article D312-158 3° du CASF	Ecart 19 : La mission ne peut s'assurer que la commission de coordination gériatrique peut se réunir au moins une fois par an ce qui contrevient à l'article D312-158 3° du CASF.	L'établissement n'a pas transmis d'éléments.	disposent d'un PAP à jour datant de moins d'un an. Il est demandé à l'établissement d'envoyer à la mission un tableau de suivi de mis à jour des Projets d'Accompagnements Personnalisés dans l'EHPAD. Dans l'attente du document, la prescription est maintenue . Prescription maintenue .	1 mois
P 13	Recruter un médecin traitant au sein de l'établissement et/ou inciter les résidents et leurs proches à trouver des médecins traitants. Article D312-158 2° CASF	Ecart 20 : Le tableau transmis sur la liste des médecins traitant indique que la MedCo prend directement en charge 30 résidents. Ceci impacte sa capacité à réaliser ses propres missions	L'établissement a transmis un document d'information du service de télémedecine intervenant dans l'EHPAD.	La mission prend en compte la mise en place de ce service dans l'EHPAD. Les consultations de télémedecine n'enlèvent pas au médecin coordonnateur le travail de suivi et de rédaction des ordonnances pour les 30 résidents à sa charge. De plus, en l'absence de transfert des résidents ayant recours à ce service de télémedecine et la	3 mois



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



Prescription envisagée		Ref. Rapport	Réponse de l'établissement		Décision	Délai
P 14	Modifier et appliquer la procédure d'admission pour y introduire la recherche du consentement de la personne âgée pour son admission dans l'établissement. Modifier la procédure de réalisation des PAP en indiquant leur révision annuelle et en indiquant la recherche du consentement du résident ou à défaut de la personne de confiance ou de ces proches. Article R311-0-7 du CASF.	Ecart 16 : La procédure d'admission ne fait pas mention de la recherche du consentement de la personne âgée pour son admission dans l'établissement., ce qui n'est pas conforme à l'article R311-0-7 du CASF. Remarque 21 : La procédure n'indique pas que chaque PAP est ré-évalué annuellement. Remarque 22 : La procédure PAP n'indique pas assez précisément comment la participation effective et le consentement du résident (ou de ces proches ou de la personne de confiance le cas échéant) est recherché.	L'établissement a transmis la procédure d'admission de l'EHPAD.	liste des résidents pris en charge par le médecin coordonnateur, la mission ne peut s'assurer que sa charge de travail soit moins impactée. Prescription maintenue. La procédure d'admission transmise ne mentionne pas la recherche du consentement du résident à son admission. Aucun élément n'a été transmis pour la procédure relative aux PAP. Prescription maintenue.	1 mois	
P 15	Revoir le livret d'accueil des résidents en introduisant une information sur les personnes qualifiées.	Ecart 22 : En n'assurant pas l'information aux résidents de la liste des personnes qualifiées, la	L'établissement n'a pas transmis d'éléments.	Prescription maintenue.	1 mois	



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



Prescription envisagée		Ref. Rapport	Réponse de l'établissement		Décision	Délai
	Article L. 311-3 6° du CASF	direction contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 6° du CASF.				
P 16	Revoir la procédure de distribution du médicament en : • Modifiant la procédure de délégation de l'administration des médicaments des IDE vers les AS en précisant que cette délégation ne concerne que les médicaments de la vie courante. • Annexant la liste des AS habilitées à l'administration des médicaments. Article R4311-4 du Code de la Santé Publique et L313-26 CASF	Ecart 23 : La procédure du médicament fournie ne précise pas que la délégation de la dispensation des médicaments de l'IDE vers les AS ne concerne que les médicaments de la vie courante.	L'établissement a transmis une procédure de délégation des traitements par une IDE en collaboration avec les AS/AMP en date du 30 mai 2025.	La mission prend en compte la rédaction d'une procédure de délégation dédiée. La liste des AS habilitées à l'administration des médicaments n'a pas été annexée à la procédure ou transmise à la mission. Prescription maintenue.		1 mois
P 17	Procéder à une évaluation de la douleur pour chaque résident qui n'en a pas bénéficié en 2024. Articles L1110-5, L1112-4 et R4311-2 5° du CSP.	Ecart 24 : Le tableau des évaluations médicales nominatif fourni par l'établissement montre que tous les résidents ne bénéficient pas d'une évaluation de la douleur au moins une fois par an ce qui contrevient aux dispositions	L'établissement n'a pas transmis d'éléments.	Prescription maintenue.		1 mois



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



Prescription envisagée	Ref. Rapport	Réponse de l'établissement	Décision	Délai
	des articles L1110-5, L1112-4 et R4311-2 5° du CSP.			

	Recommandation envisagée	Ref. Rapport	Réponse de l'établissement	Décision
R1	Etablir un organigramme qui présente les liens hiérarchiques entre les différentes entités de l'établissement.	Remarque 1 : L'établissement ne dispose pas d'un organigramme présentant les liens hiérarchiques.	L'établissement a transmis un organigramme présentant les liens hiérarchiques.	Recommandation retirée.
R2	Formaliser et transmettre le document de délégation de pouvoir au directeur.	Remarque 2 : Les délégations de pouvoir au directeur de l'établissement n'ont pas été formalisées et transmises.	L'établissement a transmis une délégation de pouvoir pour le directeur de l'EH PAD.	Recommandation retirée.
R3	Transmettre le diplôme de cadre de santé de l'IDEC	Remarque 3 : Le diplôme de cadre de santé de l'IDEC n'a pas été transmis.	L'établissement n'a transmis aucun élément.	Recommandation maintenue.
R4	Réviser les différents documents à destination des professionnels et résidents pour leur présenter la politique de bientraitance et prévention de la maltraitance de l'établissement.	Remarque 4 : La politique de promotion de la bientraitance n'est pas mentionnée dans les documents de communication pour sensibiliser les professionnels et les résidents à cette thématique.	L'établissement a transmis des documents de travail de la démarche « Carpe Diem » de 2015, une note de service sur la protection des lanceurs d'alerte, une présentation de la déclinaison à l'établissement de la politique « Carpe Diem » de l'organisme gestionnaire, un livret d'information sur la maltraitance de l'organisme gestionnaire, un support de formation sur la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance, les feuilles d'émargement pour des formations bientraitance, lanceur	La mission prend en compte les éléments sur la politique de promotion de la bientraitance et de la lutte contre la maltraitance en place dans l'établissement et la recommandation est retirée. La Mission encourage l'établissement à assurer la plus large diffusion possible, autant au niveau des professionnels

	Recommandation envisagée	Ref. Rapport	Réponse de l'établissement	Décision
			d'alerte et « Carpe Diem », le compte-rendu du COPIL du 21 mai 2024 portant sur l'organisation de groupe de travail « Carpe Diem » ainsi qu'un questionnaire d'auto-évaluation sur les risques de maltraitance.	que des résidents et leurs familles, de la politique de l'établissement.
R 5	Réaliser et transmettre une enquête de satisfaction auprès des résidents et de leurs proches. Prendre en compte les résultats pour réviser le PACQ de l'établissement.	Remarque 6 : Il n'y a pas d'enquête de satisfaction au sein de l'EHPAD, ce qui ne permet pas de rechercher l'avis des résidents dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.	L'établissement a transmis des enquêtes de satisfaction faites auprès des résidents ainsi que des familles.	En l'absence de transmission du plan d'amélioration continue de qualité, la mission ne peut déterminer si les résultats des enquêtes de satisfaction y ont été intégrés.
R 6	Mettre à jour et en concordance les documents sur les effectifs de l'établissement.	Remarque 10 : Les documents transmis ne permettent d'établir une situation fiable de l'équipe qui intervient dans l'établissement.	L'établissement a transmis une liste des personnels de l'établissement.	Recommandation maintenue. En l'absence d'indication sur la date de ce document, la mission ne peut déterminer s'il s'agit des effectifs actuellement en place dans l'EHPAD.
R 7	Rédiger et transmettre une procédure et des données sur le recours à l'intérim.	Remarque 12 : L'établissement n'a pas transmis ni de procédure, ni de données sur le recours à l'intérim.	L'établissement n'a transmis aucun élément.	Recommandation maintenue. Recommandation maintenue.
R 8	Mettre en place des formations internes notamment sur les thèmes du repérage de la	Remarque 13 : Le plan de développement des compétences n'a pas suffisamment recours aux ressources internes et il ne propose pas	L'établissement a transmis une note de service sur la protection des lanceurs d'alerte, un livret d'information sur la maltraitance de l'organisme gestionnaire.	Recommandation retirée.



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



	Recommandation envisagée	Ref. Rapport	Réponse de l'établissement	Décision
	maltraitance, ainsi qu'à la prise en charge des troubles du comportement et sensoriels.	de formation au repérage de la maltraitance, ainsi qu'à la prise en charge des troubles du comportement et sensoriels.	un support de formation sur la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance, les feuilles d'émargement pour des formations bientraitance et lanceur d'alerte ainsi qu'un questionnaire d'auto-évaluation sur les risques de maltraitance.	
R 9	Mettre en place des pratiques organisées de soutien aux professionnels (analyses de pratiques, groupes de parole).	Remarque 14 : Le livret d'accueil ne précise pas si l'établissement met en place des pratiques organisées de soutien aux professionnels (analyses de pratiques, groupes de parole).	L'établissement n'a transmis aucun élément.	Recommandation maintenue.
R 10	Fournir une procédure relative à la gestion des absences.	Remarque 16 : L'établissement n'a pas fourni de procédure relative à la gestion des absences.	L'établissement n'a transmis aucun élément.	Recommandation maintenue.
R 11	Compléter la procédure de travail en mode dégradé en précisant la nature des pansements et collyres non urgents	Remarque 17 : La procédure de travail en mode dégradé n'est pas complète en ce qu'elle ne précise pas les pansements et collyres non urgents.	L'établissement n'a transmis aucun élément.	Recommandation maintenue.
R 12	Mettre en cohérence la procédure de travail en mode dégradé et avec celle de délégation du médicament sur l'attribution aux AS de la distribution du médicament.	Remarque 18 : La procédure de travail en mode dégradé est en contradiction avec celle de délégation du médicament sur l'attribution aux AS de la distribution du médicament.	L'établissement n'a transmis aucun élément.	Recommandation maintenue.
R 13	Préciser à la mission de contrôle la nature des évaluations médicales	Remarque 20 : La procédure d'admission et le RAMA ne donnent aucune indication concernant les	L'établissement n'a transmis aucun élément.	Recommandation maintenue.



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



	Recommandation envisagée	Ref. Rapport	Réponse de l'établissement	Décision
	(évaluation Norton, Braden, douleur, chutes, escarres, déglutition...) réalisées lors de l'admission.	évaluations médicales (évaluation Norton, Braden, douleur, chutes, escarres, déglutition...) réalisées lors de l'admission.		
R 14	RAMA : Réaliser un bilan dans le RAMA 2024 au sujet de la pose des contentions et de la mise en œuvre de mesures préventives à la pose de contentions notamment au regard de la recommandation de la HAS d'octobre 2000 « Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée ». Réaliser également un bilan des actions réalisées pour lutter contre la douleur. Réaliser un bilan l'application des soins palliatifs. Transmettre le RAMA 2024.	Remarque 23 : La procédure relative aux contentions annonce que l'EHPAD s'inscrit dans le projet « EHPAD sans contention » sans qu'il soit donné de détails à ce sujet, ni que de bilan soit réalisé dans le RAMA. Remarque 25 : Le RAMA fourni ne fait aucune évaluation des protocoles entrepris pour lutter contre la douleur. Remarque 27 : Le RAMA ne donne pas de bilan de l'application des soins palliatifs mis en œuvre dans l'établissement.	L'établissement n'a transmis aucun élément.	Recommandation maintenue.
R 15	Modifier la procédure de dépistage et de lutte contre la douleur en précisant	Remarque 24 : La procédure de dépistage et de lutte contre la douleur ne précise pas qu'en cas d'absence de	L'établissement n'a transmis aucun élément.	Recommandation maintenue.



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



	Recommandation envisagée	Ref. Rapport	Réponse de l'établissement	Décision
	qu'en cas d'absence de douleur évoquée ou constatée, une évaluation par an sera réalisée	douleur évoquée ou constatée, une évaluation par an sera réalisée.		
R 16	Modifier le protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie en mentionnant la sédation profonde, les directives anticipées, la personne de confiance.	Remarque 26 : Certains aspects tels que la sédation profonde, les directives anticipées, la personne de confiance n'apparaissent pas dans le protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie.	L'établissement n'a transmis aucun élément.	Recommandation maintenue.
R 17	Transmettre le planning de présence des kinésithérapeutes.	Remarque 28 : Au vu des documents transmis, la mission ne peut s'assurer que la présence des kinésithérapeutes est régulière au cours de la semaine	L'établissement n'a transmis aucun élément.	Recommandation maintenue.
R 18	Vérifier que l'ensemble des mesures préventives telles que le nettoyage des mousses et des pommeaux de douches sont réalisées et transmettre la fiche de suivi.	Remarque 30 : La direction ne s'assure pas que l'ensemble des mesures préventives relatives à la désinfection des éléments de robinetterie (mousseurs et pommeaux de douche) sont réalisées régulièrement.	L'établissement a transmis une procédure pour scorer les risques des résidents par rapport au risque légionelles. Ce document, s'il est utilisé et suivi, est très pertinent. Toutefois, il ne correspond pas à une fiche de suivi de la maintenance des éléments de robinetterie mais juste au choix de mise en place d'un filtre pour le résident scolarisé à 6.	L'ARS reste dans l'attente d'une procédure et d'une fiche de suivi relatives à la gestion/maintenance des éléments de robinetterie. Recommandation maintenue