

Délégation départementale de Seine-Saint-Denis

Affaire suivie par : [REDACTED]
Courriels : [REDACTED]
& ars-idf-inspection-ehpad@ars.sante.fr

M. [REDACTED]
Chef de service EHPAD/UHR/USLD
Les Ormes
13 place Jean Mermoz
93370 MONTFERMEIL

Saint-Denis, le 24/12/2025

Lettre recommandée avec AR
N°

Monsieur le Chef de service,

Le contrôle sur pièces conduit par l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France (ARS IDF), le 12 décembre 2024 au sein de l'EHPAD Les Ormes (n°FINESS ET 93002214985) a été inscrit au programme de contrôle des EHPAD diligenté au premier trimestre 2022 sur l'ensemble du territoire national.

Compte-tenu des écarts et remarques constatés, nous vous avons adressé le 4 septembre 2025 la lettre d'intention que nous a remis la mission d'inspection et vous avons notifié 1 injonction, 6 prescriptions et 15 recommandations portant notamment sur les éléments suivants :

- L'absence de Document Unique de Délégation (DUD) ;
- L'absence de projet d'établissement ;
- L'absence de plan bleu ;
- Le nombre de séance du Conseil de la Vie Sociale (CVS) insuffisant ;
- L'absence de mention des Événements indésirables (EI) lors des séances du CVS ;
- L'absence des médecins traitants des résidents aux commissions de coordination gériatriques ;
- L'amplitude horaire de plus de 12 heures entre le dîner et le petit-déjeuner.

Dans le cadre de la procédure contradictoire prévue aux articles L. 121-1 et L. 122-1 du Code des relations entre le public et l'administration, vous m'avez transmis le 8 octobre 2025 des éléments de réponse détaillés, ce dont nous vous remercions.

Cependant les éléments de réponse apportés ne permettent pas de lever les mesures suivantes figurant en annexe au présent courrier et notamment :

- L'absence de Document Unique de Délégation (DUD) ;
- L'absence de projet d'établissement ;
- Le nombre de séance du Conseil de la Vie Sociale (CVS) insuffisant ;
- L'absence de mention des Événements indésirables (EI) lors des séances du CVS ;
- L'absence des médecins traitants des résidents aux commissions de coordination gériatriques ;
- L'amplitude horaire de plus de 12 heures entre le dîner et le petit-déjeuner.

Aussi, nous vous notifions, à titre définitif, **1 injonction, 5 prescriptions et 8 recommandations.**


Nous appelons votre attention sur la nécessité de transmettre à la Délégation départementale de Seine-Saint-Denis et au Conseil départemental de Seine-Saint-Denis les éléments de preuve documentaire permettant d'attester de la mise en place des mesures correctrices et de lever ces décisions de façon définitive.

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>.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Chef de service, l'expression de ma considération distinguée.



La Directrice de la délégation départementale
de Seine-Saint-Denis de
l'agence régionale de santé
d'Ile-de-France



Annexe : Mesures définitives notifiées dans le cadre de l'inspection réalisée le 12 décembre 2024 au sein de l'EHPAD Les Ormes (n°FINESS ET 93002214985, 93170 MONTFERMEIL)

Injonctions :

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Réponse inspecté	Décision	Délai de mise en œuvre
Inj 1	1.2- Gouvernance-Management et Stratégie	Malgré sa demande la mission n'a pas été destinataire des documents relatifs à la délégation du directeur de l'établissement. La mission n'a donc pas pu vérifier que le directeur dispose d'un document unique de délégation comme le prévoit l'article D312-176-5 du Code de l'action Sociale et des Familles. Écart 3	Elaborer et transmettre le Document Unique de délégation du directeur de l'établissement.	Ce document existe et n'avait pas été transmis. Vous le trouverez en PJ du présent courrier (PJ n°1 : Document unique de délégation)	Maintenue dans l'attente de la transmission d'un DUD contenant toutes les dispositions prévues à l'article D312-176-5 du CASF	2 mois

Prescriptions :

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Réponse inspecté	Décision	Délai de mise en œuvre
Presc 1	1.2- Gouvernance-Management et Stratégie	L'EHPAD Les Ormes ne dispose pas de projet d'établissement. Écart 1	Elaborer et transmettre le projet d'établissement intégrant le projet de service de l'UHR.	Ce document existe et n'avait pas été transmis. Vous le trouverez en PJ (PJ n°2 : Projet de service EHPAD 2023-2026) et le projet spécifique de l'UHR, actualisée en 2024 (PJ n°3).	Maintenue dans l'attente de la transmission d'un projet d'établissement	1 an

	Thèmes et Sous- Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Réponse inspecté	Décision	Délai de mise en œuvre
		En l'absence de de transmission du projet d'établissement, la mission n'a pas pu vérifier, si un projet de de service spécifique à l'UHR a été élaboré. Remarque 2 L311-8 CASF			définissant les orientations stratégiques de l'établissement et indique les évolutions qu'il prévoit sur les cinq prochaines années à venir et élaboré dans une démarche participative	
	1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	L'établissement ne dispose pas de blanc bleu. Ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-160 du CASF. Écart 2	Elaborer et transmettre la version actualisée du plan bleu, intégrant la conduite à tenir en cas de risques climatiques, sanitaires, défaillance technique (électrique, informatique...), radionucléaire... Prévoir également les conditions de reprise normale de l'activité.	Vous trouverez ci-joint le plan bleu et les documents afférents (PJ n° 13)	Levée	
Presc 2	1.3-Gouvernance- Animation et fonctionnement des instances	Les comptes-rendus transmis font apparaître que l'établissement ne répond pas aux exigences de l'article D311-16 du CASF qui prévoit que le conseil se réunit au moins trois fois par an sur convocation. Écart 4	La direction doit s'assurer que le conseil de la vie sociale se réunit une fois par an, comme le prévoit la réglementation en vigueur.	Nous tenons à vous informer que le Conseil de la Vie Sociale (CVS) s'est toujours réuni régulièrement, avec un minimum de trois réunions par an, conformément aux obligations réglementaires. Cependant, depuis mi-2023, faute d'un nombre suffisant de représentants des résidents et des familles, nous n'avons pas pu maintenir ce rythme de réunions.	Maintenue dans l'attente de l'élection de nouveaux membres et des éléments attestant de la tenue de 3 CVS par an	1 an

	Thèmes et Sous- Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Réponse inspecté	Décision	Délai de mise en œuvre
				Nous avons engagé plusieurs démarches pour recruter de nouveaux représentants et nous nous engageons à rétablir la tenue régulière des CVS dès que la représentation sera complétée, afin de répondre pleinement aux exigences réglementaires dans les meilleurs délais. Nous vous tiendrons informés de toute évolution de la situation.		
Presc 3	1.3-Gouvernance- Animation et fonctionnement des instances	Les comptes-rendus transmis ne font pas mention du traitement des EI au sein de l'établissement, or l'article R331-10 CASF prévoit que le CVS doit être informé des EI et dysfonctionnements. Écart 5	La direction doit s'assurer que les membres du CVS sont informés des EI et dysfonctionnements intervenus dans l'établissement en les mettant à l'ordre du jour des séances du CVS.	Nous tenons à préciser que la cellule qualité a participé activement à la vie du Conseil de la Vie Sociale (CVS), avec une présence lors d'au moins deux réunions annuelles, afin d'y présenter l'ensemble des démarches d'évaluation et les résultats liés à la qualité et à la sécurité des soins. Le dernier compte rendu du CVS, tenu en mars 2023, mentionne explicitement la participation de la cellule qualité, qui y a exposé la démarche d'évaluation de l'EHPAD, laquelle s'est poursuivie en juin 2023. Cependant, depuis cette date, le CVS n'a pas pu se réunir, en raison d'un manque de représentants des résidents et des familles, ne permettant pas de respecter la composition réglementaire. Nous nous engageons à : □ reconstituer une représentation conforme dans les meilleurs délais, □ et à assurer la participation systématique de la cellule qualité à au moins deux réunions du CVS par an, afin d'y présenter la démarche qualité-sécurité, les résultats des évaluations, ainsi	Maintenue jusqu'à la transmission des compte-rendu comprenant la mention des EI/EIG	1 an

	Thèmes et Sous- Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Réponse inspecté	Décision	Délai de mise en œuvre
				que les événements indésirables (EI) et les dysfonctionnements identifiés. Nous veillerons ainsi à la pleine conformité réglementaire et à la transparence des démarches qualité.		
Presc 4	3.1-Prise en charge- Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<p>La mission note qu'aucune commission gériatrique n'a été organisée en 2024, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-158, 3° du CASF, qui prévoit que la commission gériatrique doit se réunir au minimum une fois par an. Écart 6</p> <p>La mission n'a pas été destinataire des comptes rendus des dernières commissions de coordination gériatrique. Remarque 17</p>	<p>Le Medco doit organiser et mettre en place une commission de coordination gériatrique réunissant les personnels de l'établissement et les médecins traitants y intervenant.</p> <p>Transmettre les derniers compte-rendu de la commission de coordination gériatrique.</p>	Notre EHPAD fait partie intégrante d'un établissement du service public hospitalier et est pleinement intégré à la gouvernance institutionnelle de l'établissement, ainsi qu'au sein du GHT. Nous ne faisons pas appel à des professionnels libéraux : tous les intervenants (médecins, soignants, paramédicaux) sont salariés de l'établissement. De ce fait, nous ne réunissons pas une fois par an l'ensemble des intervenants spécifiques à la seule structure EHPAD sous la forme d'une Commission de Coordination Gériatrique autonome. En revanche, l'ensemble des thématiques prévues par la réglementation — actualisation du projet de soins, suivi des conventions, coordination ville-hôpital, évaluation des protocoles de soins, actions de prévention des risques, politique de formation — sont bien prises en compte et font l'objet d'une réévaluation régulière : □ dans le cadre du projet médical et du projet d'établissement ; □ par la direction générale, pour la coordination ville-hôpital et le suivi des conventions ;	Maintenue jusqu'à la tenue d'une commission gériatrique spécifique à l'EHPAD	1 an

	Thèmes et Sous- Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Réponse inspecté	Décision	Délai de mise en œuvre
				<ul style="list-style-type: none"> par la Direction Qualité et Sécurité, pour l'évaluation des protocoles de soins et les actions de prévention des risques ; par la Direction des Soins et des Ressources Humaines, pour la politique de recrutement et de formation ; lors des réunions de service, du Bureau de Pôle et à travers le rapport d'activité annuel. <p>Ces différentes instances assurent la même finalité en termes de pilotage, d'amélioration continue et de coordination des soins que celle attendue des commissions de coordination gériatriques. Enfin , notre EHPAD a fait l'objet d'une évaluation externe en octobre 2023 réalisée par JRH Consultants, dont le rapport montre également le fonctionnement de l'EHPAD dans le cadre du groupement hospitalier.</p>		
Presc 5	2.1-Fonctions support-Gestion des RH	La mission note que l'amplitude entre le dîner et le petit-déjeuner est supérieure à 12 heures et que les collations ne sont pas systématiquement proposées aux résidents. Ce qui n'est pas conforme à l'annexe 2-3-1 III 2° du CASF relatif à la prestation restauration et notamment à la collation nocturne. Écart 8	La direction doit s'assurer que des collations sont systématiquement proposées aux résidents entre le repas du soir et le petit-déjeuner, en raison de l'amplitude horaire entre ces deux repas, qui dépasse 12 heures.	La collation nocturne est actuellement systématique pour tous les résidents diabétiques, conformément aux prescriptions médicales et aux recommandations de prise en charge nutritionnelle des patients à risque d'hypoglycémie. Pour certains résidents ciblés en Unité d'Hébergement Renforcé (UHR), la collation est également proposée, sur indication médicale spécifique (troubles du comportement, risque de dénutrition, etc.). Toutefois, la mise en place systématique pour l'ensemble des résidents n'a pas été	Maintenue	Immédiat

	Thèmes et Sous- Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Réponse inspecté	Décision	Délai de mise en œuvre
				rendue possible jusqu'à présent. Ce point fait l'objet de travaux internes lancés dès réception des résultats du contrôle. Nous vous ferons part des conclusions de ces travaux dans les plus brefs délais.		

Recommandations

	Thèmes et Sous- Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Réponse inspecté	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
Reco 1	3.1-Prise en charge- Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Malgré sa demande la mission n'a pas été destinataire de la liste des médecins traitants, de leur contrat et des modalités de leur intervention. Écart 7	Transmettre la liste des médecins traitants intervenant dans l'établissement, ainsi que leurs contrats de travail ou conventions. Elaborer et transmettre les modalités de leurs interventions.	Actuellement, il n'y a pas de médecins traitants libéraux intervenant directement dans l'établissement. L'encadrement médical repose sur : Un médecin coordonnateur (0,80 ETP) o Assure la coordination médicale générale, o Élaboré et met à jour le projet de soins, o Participe à l'évaluation gériatrique et à la coordination des interventions des professionnels de santé, o Contribue à la formation de l'équipe soignante et à la politique de qualité et de gestion des risques. Un médecin au statut de praticien attaché (temps plein) Un médecin au statut de praticien attaché (temps plein)	Maintenue jusqu'à la transmission que la garantie du libre choix est assurée pour chaque résident.	

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Réponse inspectée	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
				<ul style="list-style-type: none"> o Assure le suivi clinique et médical quotidien des résidents, o Prescrit les traitements et suit leur mise en œuvre, o Intervient pour la gestion des situations urgentes, le suivi des pathologies chroniques et le lien avec les services hospitaliers si nécessaire. <p>Cette organisation garantit à la fois la coordination des soins et la continuité médicale pour l'ensemble des résidents, malgré l'absence de médecins traitants libéraux sur site.</p>		
Reco 2	1.1-Gouvernance-Conformité aux décisions de l'autorisation ou de la déclaration	Malgré sa demande, la mission n'a pas été destinataire des données relatives aux caractéristiques de la population accueillie. Remarque 2	Transmettre les données relatives aux caractéristiques de la population accueillie (date d'arrivée, âge, sexe, GIR, protection juridique...) au sein de l'EHPAD.	Nous prenons acte de cette remarque. Nous vous transmettrons un document dans les meilleurs délais.	Maintenue	
	1.1-Gouvernance-Conformité aux décisions de l'autorisation ou de la déclaration	La mission constate que le règlement de fonctionnement n'est ni signé, ni daté. Ce qui ne permet pas à la mission de vérifier la validité du règlement de fonctionnement. Remarque 3	Transmettre une version signée et datée du règlement de fonctionnement de l'établissement.	Le règlement de fonctionnement a été transmis, il est daté d'octobre 2023 (p.20). Pour ce qui est de la signature, vous trouverez en PJ le document signé (PJ n°4)	Levée	
Reco 3	1.2-Gouvernance-Management et Stratégie	Malgré sa demande les contrats de travail du [REDACTED] n'ont pas été transmis, à la mission. Remarque 4	Transmettre les contrats de travail et les diplômes du [REDACTED] de l'établissement.	La [REDACTED] comme le [REDACTED] sont [REDACTED], et donc fonctionnaires. Ils ne disposent pas de contrat de travail.	Maintenue jusqu'à la transmission des arrêtés de nomination du [REDACTED]	

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Réponse inspectée	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
		Malgré sa demande la mission n'a pas été destinataire des diplômes [REDACTED]. Remarque 6				
	1.2-Gouvernance-Management et Stratégie	Malgré sa demande la mission n'a pas été destinataire de l'organigramme de l'établissement. Remarque 5	Transmettre l'organigramme de l'établissement.	Ce document n'avait, en effet pas été transmis. Vous le trouverez en PJ (PJ n°5 : Organigramme EHPAD USLD). Il s'agit d'un organigramme commun à l'EHPAD et à l'USLD.	Levée	
	1.2-Gouvernance-Management et Stratégie	La mission n'a pas été destinataire du diplôme d'Etat d'[REDACTED]. Remarque 7	Transmettre les diplômes de [REDACTED]	Vous trouverez le diplôme en PJ (PJ n°6 : [REDACTED])	Levée	
Reco 4	1.3-Gouvernance-Animation et fonctionnement des instances	Malgré sa demande la mission d'inspection n'a pas été destinataire des documents relatifs aux élections du CVS. Remarque 8	Transmettre les documents relatifs aux élections du CVS (résultats, composition, règlement intérieur....)	Depuis la démission en mars 2023 de la présidente du Conseil de la Vie Sociale (CVS), nous n'avons pas réussi, malgré plusieurs appels à candidatures et des relances auprès des résidents et de leurs proches, à recueillir le nombre requis de volontaires pour représenter les résidents et les familles. Conscients de l'importance d'une représentation complète et conformément à la réglementation, nous allons renforcer nos actions de communication et de sensibilisation afin d'encourager les candidatures. À défaut de volontaires suffisants, nous envisagerons soit : □ la tenue du CVS avec un quorum réduit (par exemple, avec un seul représentant des familles ou des résidents),	Maintenue	

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Réponse inspectée	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
				□ soit la désignation par défaut de représentants, après information préalable des résidents et de leurs familles. Nous nous engageons à vous tenir informés de l'évolution de la situation et restons à votre disposition pour tout complément d'information.		
Reco 5	2.1-Fonctions support-Gestion des RH	<p>L'établissement a transmis un historique des formations réalisées au sein du GHT. Ce document ne fait pas état de l'organisation de formations relatives au signalement des événements indésirables. Remarque 9</p> <p>La mission note que le plan de formation et les attestations de suivi des formations de l'année n'ont pas été transmis, conformément à sa demande. Remarque 12</p>	<p>Organiser des formations dédiées à la mise en œuvre de la procédure de gestion et de signalement des dysfonctionnements et événements indésirables.</p> <p>Transmettre les attestations pour les formations suivies en 2024.</p>	Vous trouverez les documents en PJ (PJ n°7). Tous les agents n'ont pas effectué de formation en 2024, et une partie est arrivée entre temps.	Maintenue jusqu'à la transmission d'un plan de formation	
	1.4-Gouvernance-Gestion de la qualité	La mission note que le plan d'amélioration continue de la qualité a été réalisé à l'échelle du GHT. Il n'est pas adapté à l'EHPAD. Remarque 10	Elaborer et transmettre un plan d'amélioration continue de la qualité à l'échelle de l'EHPAD.	L'EHPAD des Ormes dispose d'un plan d'amélioration continue de la qualité dédié (PJ n°8 : Plan d'amélioration continue qualité EHPAD)	Levée	
Reco 6	2.1-Fonctions support-Gestion des RH	La mission constate que l'établissement sera en sureffectif d'IDE et d'AES/AS, lorsqu'un CPOM sera signé avec les autorités de tutelles. Remarque 11	La direction doit s'assurer que la charge en soin et en dépendance de l'établissement répond au besoin réel de l'établissement et permet de respecter les financements attribués par les autorités de tarification, en ce qui concerne la masse salariale.	L'établissement prend acte de cette remarque. Néanmoins, une partie des personnels sont mutualisés avec l'USLD.	Maintenue jusqu'à la transmission du tableau de répartition des effectifs entre USLD et EHPAD, comprenant les quotités de travail	

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Réponse inspectée	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
	2.3-Fonction support-Gestion d'informations	Il s'agit d'un document destiné à tous les établissements du GHT qui n'a pas été adapté au besoin spécifique de l'EHPAD en ce qui concerne l'arrivée des nouveaux personnels. Remarque 13 Par ailleurs la procédure édicte des règles de conduites à tenir, mais ne précise pas quels sont les moyens effectifs mis en œuvre pour l'accueil des nouveaux professionnels. Remarque 14	Elaborer et transmettre une procédure d'accueil des nouveaux professionnels à l'échelle de l'EHPAD, précisant les moyens effectifs mis en place pour cet accueil : <ul style="list-style-type: none">- Tutorat avec constitution de binôme,- Accueil administratif,- Accueil logistique...	Ce document n'avait pas été communiqué. Vous le trouverez en PJ (PJ n°9).	Levée	
	2.1-Fonctions support-Gestion des RH	En l'absence de fiches de postes signées, par les deux parties, la mission n'a pas pu vérifier si les professionnels ont été destinataires des fiches de poste correspondant à leurs fonctions. Remarque 15	Transmettre les fiches de poste signées des professionnels présents dans l'établissement au jour du contrôle sur pièces.	Vous trouverez les fiches de poste signées en PJ (PJ n°10).	Levée	
Reco 7	3.1-Prise en charge-Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	La mission note que la procédure d'admission ne fait pas mention des modalités d'accueil des nouveaux résidents. Remarque 16	Elaborer et transmettre une procédure d'accueil des nouveaux résidents faisant mention des modalités d'accueil : <ul style="list-style-type: none">- Dossier administratif,- Bilan médical,- Préparation de la chambre,- Information des professionnels,- Désignation d'un référent.....	Nous confirmons que la version antérieure de la procédure ne détaillait pas explicitement l'ensemble des modalités d'accueil des nouveaux résidents. Une version actualisée de la procédure a été rédigée en 2025, intégrant : □ L'accueil et la présentation du personnel et de l'établissement. □ La présentation des locaux (chambre, salles communes, matériel) et des possibilités de personnalisation. □ L'information sur le fonctionnement du service (repas, nursing, linge, horaires de visites). □ La présentation des instances participatives et des	Maintenue jusqu'à la transmission de la nouvelle procédure	

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Nature du manquement	Mesure envisagée	Réponse inspectée	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
				réunions (CVS, commissions, rencontres projets d'animation). La remise du livret d'accueil et des documents réglementaires (personne de confiance, rôle du référent, questionnaire des préférences alimentaires). ▢ Les modalités de traçabilité et de suivi conformément aux recommandations HAS et CASF. Cette version sera mise en application immédiatement, afin de garantir que chaque nouveau résident bénéficie d'un accueil conforme aux exigences réglementaires et aux bonnes pratiques.		
	3.1-Prise en charge- Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Malgré sa demande la mission n'a pas été destinataire d'un modèle de contrat de séjour. Remarque 18	Transmettre un modèle de contrat de séjour.	Vous trouverez le modèle en PJ (PJ n°11).	Levée	
Reco 8	2.3-Fonction support-Gestion d'informations	La mission constate qu'il n'y a pas d'analyse des contentions dans le RAMA. Remarque 19	Le Medco doit procéder à l'analyse des contentions dans le RAMA.	Nous avons bien pris note de l'observation selon laquelle aucune analyse des contentions n'apparaissait dans le RAMA précédent. Nous vous informons que le RAMA 2024 (PJ n°12) intègre désormais une analyse détaillée des contentions, ainsi que d'autres pratiques à risque, conformément aux recommandations en vigueur et aux exigences de traçabilité et d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.	Maintenue	

