

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

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

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

Agence Régionale de Santé
Délégation départementale de Paris
Affaire suivie par : Conrad Lajusticia
Courriel : [redacted]

[redacted]
Directeur Général
Groupe ACCPA
7 chemin de Gareizin
69340 FRANCHEVILLE

Saint-Denis, le 30 AVR. 2025

Lettre recommandée avec AR
N°

Monsieur le Directeur Général,

Dans le cadre du plan national d'inspection et de contrôle des EHPAD, un contrôle conjoint a été réalisé au sein de l'EHPAD « Péan », le 24 novembre 2023 par l'Agence Régionale de Santé Île-de-France et la Ville de Paris.

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 17 décembre 2024 le rapport que nous a remis la mission d'inspection, ainsi que 2 injonctions, 13 prescriptions et 14 recommandations que nous envisageons de vous notifier.

Vous nous avez transmis le 14 février 2025, le 19 février 2025 ainsi que le 3 et 5 mars 2025 des éléments de réponse.

Nous notons que des corrections et des précisions ont été apportées concernant les mesures suivantes :

- La diffusion de la culture des EIG au sein de l'établissement et leur déclaration,
- Le girage des résidents,
- La réalisation du projet d'établissement,
- La réalisation de l'évaluation externe.

Aussi, vous vous notifiez à titre définitif 1 injonction, 8 prescriptions et 13 recommandations que vous trouverez en annexe au présent courrier.

Nous appelons votre attention sur la nécessité de transmettre à la Délégation départementale de Paris de l'ARS IDF [redacted] et à la Ville de Paris [redacted] les éléments de preuve documentaire permettant la levée définitive de ces décisions et par la plateforme Bluefiles : [redacted] pièces. Les tutoriels de dépôt sur Bluefiles, ainsi que la notice relative au RGPD, seront joints par mail à l'établissement.

Nous vous rappelons que l'absence de mise en œuvre, dans le délai imparti, des mesures correctrices enjointes peut être sanctionnée par application des dispositions des articles L. 313-14 et L.313-16 du code de l'action sociale et des familles par l'application de sanctions financières, la mise sous

administration provisoire ou la suspension, la cessation ou la fermeture, 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 sur 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

Pour la Maire de Paris et par délégation,

Le Directeur de la Délégation départementale de Paris

 La Directrice des solidarités
Le Directeur Adjoint des Solidarités


Jacques BERGER

Jeanne SEBAN

Copie :


Directrice
EHPAD « PEAN »
9 rue de la santé,
75013 Paris



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



ANNEXE : Décisions prises dans le cadre du contrôle sur pièces à partir du 24 novembre 2023 au sein de l'EHPAD PEAN

Injonctions envisagées	Ref. rapport	Réponse de l'établissement au contradictoire	Décision
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 (comportant le signalement au procureur pour les cas de maltraitance, agressions, harcèlements...), - 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, - en rédigeant un PACQ à partir, entre-autre, de ces RETEX, - déclarant les EIG à l'ARS et la Ville de Paris.	1.4-Gouvernance-Gestion de la qualité Ecart 7 : Aucun Plan d'Amélioration Continue de la Qualité n'a été transmis par l'établissement (L312-8 du CASF). Ecart 9 : L'établissement n'a pas de procédure formelle de gestion des EI et EIG, ce qui ne participe pas à l'exhaustivité des déclarations qui auraient dûes être faites aux autorités de contrôle au titre de l'article L. 331-8-1 du CASF. Ecart 10 : Les plans de développement des compétences 2022 et 2023 ne présentent aucune formation réalisée sur la gestion des EI/EIG ce qui ne participe pas à l'exhaustivité des déclarations qui auraient dûes être faites aux autorités de contrôle au titre de l'article L. 331-8-1 du CASF. Ecart 11 : L'établissement n'a envoyé aucun RETEX d'EIG formalisé ce qui nuit à la démarche continue d'amélioration de la qualité (L312-8 CASF). Remarque n°10 : Les RETEX et suivi des EIG ne sont pas réalisés en équipe pluridisciplinaire, ce qui nuit à la diffusion de la culture de déclaration et de prévention des EI au sein des équipes salariées. Ecart 12 : Aucun EIG n'ont été envoyés aux autorités de contrôle, ce qui contrevient aux articles L331-8-1, R331-8 et R331-9 CASF. Remarque n°6 : L'absence de procédure de gestion des Evénements Indésirables ne permet pas de vérifier que celle-ci aborde les situations de maltraitances, de violences, de harcèlements sexuels ou d'agression, ni qu'elle ne mentionne l'obligation de signalement au procureur.	Ecart 7 : L'établissement a transmis un PACQ 2023 et 2024 qui décline des actions accompagnées d'objectifs opérationnels, et de l'état d'avancement et désigne un référent. Ecart 9 et Remarque 6 : L'établissement a fourni une procédure générique du groupe ACPA pour la gestion des EI/EIG et réclamation. Celle-ci n'aborde pas les situations de maltraitances, de violences, de harcèlements sexuels ou d'agression et elle ne mentionne pas l'obligation de signalement au Procureur. Elle ne donne pas non plus la définition d'un EI, d'un EIG, et d'une réclamation. Ajout de la prescription 14. Ecart 10 : L'établissement a fourni la preuve de formation à la déclaration des EIG, ainsi que le support de formation. Ecart 11 et Remarque 10 : L'établissement a transmis un RETEX réalisé en équipe pluridisciplinaire. Ecart 12 : L'établissement a envoyé la preuve de la déclaration des EIG à l'ARS. Tous les EIG ne sont pas systématiquement déclarés à la Ville de Paris, hors EI associés aux soins.	Injonction retirée et transformée en prescription 14

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 (voir critères de calcul du CPOM) (1) Dans la perspective du recrutement des IDE et AS, transmettre les preuves de publications d'annonce de recrutement (journaux, internet, etc...) (2)	2.1-Fonctions support-Gestion des RH Ecart 13 : Au sens des critères de calcul du CPOM, la mission constate qu'il manque ● ETP d'AS/AES et ● ETP d'IDE, ce qui contrevient aux articles L.311-3 3° et D.312-155-0, II du CASF. Ecart n°14 et 15 : La mission de contrôle constate que l'établissement n'est pas parvenu à stabiliser son équipe ce qui est de nature à remettre en cause la sécurité de la prise en charge des résidents (Article L.311-3 3° du CASF). Ecart n°16 : La présence infirmière réalisée et programmée dans l'établissement est insuffisante et ne permet pas d'assurer la sécurité des soins en continue, ce qui contrevient aux articles R.4311-1 du CSP & L311-3, 1° CASF. Ecart n°24 : Le manque d'ETP d'IDE, d'AS et des absences de l'IDEC, ne permet pas d'assurer le protocole d'administration des médicaments, ce qui remet en cause la sécurité des résidents (Article L311-3 du CASF 1°).	L'équipe soignante n'est pas stabilisée, le nombre d'IDE et d'AS diplômés n'est pas en nombre suffisant pour permettre de garantir la prise en charge des résidents. L'établissement est invité à poursuivre ses recherches L'établissement n'a pas transmis des documents d'annonce de recherche de postes d'IDE et d'AS qui démontreraient une recherche active pour pourvoir ces postes malgré le nombre important de postes vacants constatés par la mission. Seules ont été transmises les annonces des postes à pourvoir sur le site internet du groupe ACPPA.	Injonction maintenue Délais : (1) 1 mois (2) Immédiat
---	--	---	---	---

	Prescriptions envisagées	Ref. rapport	Réponse de l'établissement au contradictoire	Décision
1	Transmettre la liste des résidents avec leur GIR.	Ecart 1 : L'établissement n'a pas transmis la liste des résidents ainsi que leur GIR. Ainsi la mission de contrôle ne peut contrôler l'application de l'application de l'article D313-15 du CASF.	La liste a bien été fournie. La répartition est la suivante : 	Prescription retirée
2	Transmettre le nouveau projet d'établissement comprenant des objectifs opérationnels en particulier sur la promotion de la bientraitance et la politique de réduction des contentions.	Ecart 2 : Le projet d'établissement date de plus de 5 ans, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF. Remarque n°2 : Le projet d'établissement 2015-2020 ne comprend aucun objectif opérationnel avec des délais d'application ou des priorités de mise en œuvre ni indicateurs de suivis. Remarque n°4 : Le plan de promotion de la bientraitance du groupe ACPPA n'a pas donné lieu	Un nouveau projet d'établissement 2024-2029 a été transmis. Celui-ci comporte bien des objectifs sur la promotion de la bientraitance. Il ne comporte pas d'objectif sur la réduction des contentions (remarque 16).	Prescription retirée Ajout de la recommandation 15 sur la réduction des contentions (remarque 16).

	à des objectifs opérationnels au sein de l'établissement.		
3	Transmettre les procédures opérationnelles (ex : SOIN GRA 099) mentionnées dans le plan et rédiger les procédures manquantes : - la gestion des décès massifs, - la procédure en cas de coupure d'eau (et de gaz le cas échéant) - la procédure concernant le retour d'expérience (RETEX) après la gestion de la situation exceptionnelle et de mise à jour du plan. Retirer la procédure de gestion EI/EIG du plan bleu.	Remarque 16 : Les chiffres présentés par le RAMA 2022 au sujet du nombre de contentions passives utilisées ne démontrent pas la politique de prévention des contentions annoncées par la procédure générique du groupe. Ecart 3 : Le plan bleu présenté par l'établissement ne répond pas entièrement aux préconisations de l'instruction interministérielle N° DGSN/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). Et Remarque n°3 : Le plan bleu transmis comprend la gestion des EIG. Les EIG ne font pas partie des situations exceptionnelles qui font elles l'objet du plan bleu.	Le plan bleu transmis n'a pas été mis à jour avec la rédaction des procédures manquantes : - La gestion des décès massifs, - La procédure en cas de coupure d'eau (et de gaz le cas échéant) - La procédure concernant le retour d'expérience (RETEX) après la gestion de la situation exceptionnelle et de mise à jour du plan. La mission signale également que la procédure de gestion des EI/EIG devrait être retirée du plan bleu car les situations gérées par le plan bleu sont différentes de la gestion des événements indésirables..
4	Mettre en conformité le règlement intérieur du CVS et l'appliquer.	Ecart 4 : La composition du CVS n'est pas conforme à la réglementation, le nombre de représentants des résidents, familles et représentants légaux est insuffisant, et contrevient aux articles D311-5 et 7 du CASP. Ecart 5 : La composition du CVS n'est pas conforme à la réglementation, le directeur ne peut siéger qu'en tant que membre avec voix consultative, et contrevient à l'article D311-9 du CASP.	La composition du CVS a été modifiée pour se mettre en conformité avec la réglementation en ce qui concerne le nombre de représentants et le respect des collèges. L'établissement a précisé que la Directrice ne prend pas part au vote, elle reste cependant représentante de l'organisme gestionnaire avec voix délibérative ce qui n'est pas conforme. L'article D311-5 ne comptabilise pas le représentant des bénévoles parmi les représentants des personnes accueillies, des familles ou des représentants légaux. Transmettre le prochain compte-rendu du CVS.
5	Présenter au CVS les EI et EIG survenus dans l'établissement ainsi que les actions correctrices mises en place. Transmettre le compte-rendu.	Ecart 6 : Les comptes-rendus des CVS de 2022 et 2023 ne laissent pas apparaître d'information sur les EI et dysfonctionnements au sein de l'EHPAD, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R331-10 du CASP.	« Les points sur les EIG sera inscrit à l'ordre du jour du CVS du 10/03/2025 et le compte rendu approuvé vous sera transmis. »
			Prescription maintenue Délai : 3 mois
			Prescription maintenue Délai : 3 mois
			Prescription maintenue Délai : 1 mois

6	Faire réaliser et transmettre le rapport d'une évaluation externe de l'établissement.	Ecart 8 : Aucune évaluation externe n'a été transmise dans le cadre du présent contrôle.	Le rapport de l'évaluation HAS, 8 et 9 octobre 2024, a été transmis. Les critères sont notés de 1 à 4 et l'ensemble des critères obtiennent des notes de 3 ou 4, à l'exception des suivants notés 2 : - Les professionnels adaptent le projet d'accompagnement aux risques liés à la sexualité auxquels la personne est confrontée ; - Les professionnels adaptent le projet d'accompagnement aux risques de radicalisation et/ou de prosélytisme auxquels la personne est confrontée ; - L'établissement intègre la démarche de prévention des risques professionnels dans sa politique de ressources humaines et la met en œuvre.	Prescription retirée
7	Modifier les fiches de postes et les fiches de tâches heureées en différenciant clairement les AS des accompagnants éducatifs et sociaux (ex AMP) et les auxiliaires de vie, en respectant les compétences de chaque catégorie de professionnels et les appliquer.	Ecart 17 : La Mission de contrôle constate un glissement de tâches des fonctions d'aide-soignant vers les accompagnants éducatifs et sociaux (ex AMP) et les auxiliaires de vie. Ecart n°18 : La fiche de tâches heureées est commune aux aides-soignants (AS), accompagnants éducatifs et sociaux (AES) et aux auxiliaires de vie (AXV). La mission ne peut s'assurer qu'il n'existe pas de glissements de tâches entre ces professionnels ce qui contrevient aux articles L.311-3 1° & D.312-155-0 II du CASF.	L'établissement a transmis trois fiches de tâches heureées : pour les AS, AES/AMP et pour les auxiliaires de vie. Ces fiches sont très proches quant aux missions décrites. Si la distribution du médicament ne figure dans aucune de ces fiches, la prise en charge des soins et des toilettes, notamment au lit, y apparaît dans les trois sans précisions. Les compétences de chaque catégorie de professionnels ne sont pas différenciées et ne permettent pas d'exclure des glissements de tâches.	Prescription maintenue Délai : Immédiat
8	Fiabiliser le travail de l'équipe de nuit par la : • stabilisation du nombre de professionnels nécessaires à la prise en charge des résidents, • précision de la procédure de distribution du médicament, • précision du nombre de passages en ronde.	Ecart n°19 : L'organisation mise en place pour l'équipe de nuit ne permet d'assurer la sécurité des résidents : distribution du médicament, nombre de passages et nombre de professionnels présents, ce qui contrevient à l'article L.311-3-1 du CASF	L'établissement a transmis une fiche de tâches heureées pour les professionnels de nuit, deux AS et une auxiliaire de vie. Celle-ci n'apporte pas de précisions sur le nombre de professionnels nécessaires sur la prise en charge des résidents, ici trois, ni sur la distribution des médicaments (assurés par un aide-soignant). La dernière ronde se termine à 2h du matin, aucun passage n'est assuré entre 2h et la relève du matin à 7h45. Cette organisation ne permet d'assurer la sécurité des résidents la nuit.	Prescription maintenue Délai : 1 mois
9	Transmettre la liste des résidents avec la date de la dernière mise en jour de PAI et leur date d'entrée dans l'établissement.	Ecart n°20 : L'établissement n'a pas transmis la liste des résidents et la date de réalisation de leur PAI. La mission de contrôle ne peut contrôler l'application de l'article D312.155.0 3° du CASF.	La liste des PAI des résidents et leur date de dernière mise à jour a bien été transmise. 24 PAI dataient de plus d'un an à la date du contrôle et trois étaient en attente ce qui contrevient à l'article	Modification de prescription : Transmettre une procédure de

			L311-3, 3° du CASF qui indique les révisions de PAI doivent être à minima annuelle.	réalisation des PAI qui indique une révision à minima annuelle de ceux-ci et le planning de réalisation des PAI qui assure ce délai.
10	Transmettre le compte rendu de la commission gériatrique de 2022.	Ecart n°21 : En l'absence de documents transmis, la mission ne peut s'assurer que la commission de coordination gériatrique se réunit une fois par an.	Le compte-rendu de la commission gériatrique, succinct, de juillet 2022 a été transmis, ainsi que la feuille d'émargement.	Délai : 1 mois Prescription retirée
11	Rédiger une procédure du suivi du temps de réponse aux appels malades et l'appliquer.	Ecart n°22 : 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.	L'établissement a transmis une procédure établie par le gestionnaire pour l'ensemble de ses établissements. Cette procédure déroule la prise en charge d'un appel, en incluant l'évaluation de la demande et le degré d'urgence. L'évaluation faite sur une semaine montre un taux de réponse moyen de 4 minutes, supérieur la nuit et légèrement inférieur le jour.	Prescription retirée
12	Modifier le contrat de séjour en y incluant un paragraphe sur les droits relatifs à la liberté d'aller et venir.	Ecart n°23 : Les droits relatifs à la liberté d'aller et venir ne sont pas abordés dans le contrat de séjour.	L'établissement a transmis un contrat-type auquel est joint une annexe intitulée : « Mesures individuelles permettant d'assurer l'intégrité physique et la sécurité du résident et de soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir ». Cette annexe de quatre pages est très complète et permet une évaluation des capacités du résident.	Prescription retirée
13	Revoir la procédure de distribution du médicament en : • Modifiant la procédure de délégation de l'administration des médicaments des IDE vers les AS et préciser que cette délégation ne concerne que les médicaments de la vie courante. • Fournissant la liste des AS habilitées à l'aide à la prise des médicaments.	Ecart n°25 : La délégation de l'administration des médicaments de l'IDE vers les AS ne précise pas qu'elle concerne uniquement les médicaments de la vie courante. De plus, la liste des AS habilitées à l'aide à la prise des médicaments n'a pas été fournie.	Pas de réponse.	Prescription maintenue Délai : 1 semaine

14	Modifier la procédure générique de déclaration des EI/EIG et réclamation en : - y introduisant une définition d'un EI, d'un EIG et d'une réclamation, - y introduisant les situations de maltraitements, de violences, de harcèlements sexuels ou d'agression et l'obligation de signalement au procureur.	Ecart 9 : L'établissement n'a pas de procédure formelle de gestion des EI et EIG, ce qui ne participe pas à l'exhaustivité des déclarations qui auraient dues être faites aux autorités de contrôle au titre de l'article L. 331-8-1 du CASF. Et Remarque n°6 : L'absence de procédure de gestion des Evénements Indésirables ne permet pas de vérifier que celle-ci aborde les situations de maltraitements, de violences, de harcèlements sexuels ou d'agression, ni qu'elle ne mentionne l'obligation de signalement au procureur.	L'établissement a fourni une procédure générique du groupe ACPPA pour la gestion des EI/EIG et réclamation. Celle-ci n'aborde pas les situations de maltraitements, de violences, de harcèlements sexuels ou d'agression et elle ne mentionne pas l'obligation de signalement au procureur. Elle ne donne pas non plus la définition d'un EI, d'un EIG, et d'une réclamation.	Nouvelle prescription. Délai : 1 mois
----	--	--	--	--

	Recommandations envisagées	Réf. rapport	Réponse de l'établissement au contradictoire	Décision
1	Signer le règlement de fonctionnement.	Remarque 1 : Le règlement de fonctionnement de l'établissement n'est pas signé.	Pas de réponse.	Recommandation maintenue
2	Inscrire dans le plan de développement de compétences des salariés de formation à la promotion de la bientraitance et sur le repérage de la maltraitance.	Remarque n°5 : L'établissement ne propose pas régulièrement à ses salariés des formations sur la bientraitance et sur le repérage de la maltraitance.	Pas de réponse.	Recommandation maintenue
3	Ajouter l'obligation de signalement des cas de maltraitance, harcèlement, agression au procureur de la République au mémo sur les événements indésirables graves.	Remarque n°7 : Le mémo sur les Evénements Indésirables Graves ne mentionne pas l'obligation de signalement au Procureur de la République.	Pas de réponse.	Recommandation maintenue
4	Réaliser et transmettre une enquête de satisfaction auprès des résidents et de leurs proches.	Remarque n°8 : Aucune enquête de satisfaction n'a été transmises.	L'établissement a transmis deux enquêtes de satisfaction réalisées en 2023 et 2024. Ces enquêtes ne se présentent pas sous la même forme et les questions ne sont pas totalement identiques, ce qui en réduit la comparaison. La Mission note pour la première des marges de progression sur : la qualité des repas, les activités, la liberté d'aller et venir, l'accès aux	Recommandation retirée

			comptes-rendus du CVS et les informations sur l'organisation de l'EHPAD.	
5	Rédiger et transmettre à la mission de contrôle les modalités de recueil des plaintes et réclamations des résidents et de leurs proches.	Remarque n°9 : Aucun des documents transmis n'indique les modalités mises en place par l'établissement pour recueillir les plaintes ou réclamations des résidents et de leurs proches.	Pas de réponse.	Recommandation maintenue
6	Mettre en concordance les documents sur les effectifs.	Remarque n°11 : Les documents sur les effectifs ne sont pas concordants et ne permettent pas d'avoir une vision fiable de la situation de l'établissement.	L'établissement a transmis un document unique qui retrace tout le personnel. La Mission déplore que ce document n'ait pas été transmis initialement afin de répondre aux obligations du contrôle en toute transparence. La Mission attire également l'attention de la direction sur l'importance de transmettre des données fiables sur les effectifs aux tutelles.	Recommandation retirée
7	Prévoir ces formations dans le plan de développement des compétences 2025.	Remarque 12 : L'établissement ne propose pas de formations, notamment, à la bientraitance, au repérage de la maltraitance, et à la prise en charge des troubles du comportement, des troubles sensoriels, et des douleurs.	Pas de réponse.	Recommandation maintenue
8	Transmettre la procédure de remplacement des absences prévues et inopinées.	Remarque 13 : Le document transmis est le plan de continuité d'activité et non une procédure de remplacement des absences prévues et inopinées.	Pas de réponse.	Recommandation maintenue
9	Préciser les évaluations gériatriques réalisées lors de l'admission.	Remarque 14 : La procédure d'admission ne précise pas les évaluations gériatriques réalisées lors de l'admission.	Pas de réponse.	Recommandation maintenue
10	Ajouter en annexe la charte des droits et libertés de la personne accueillie dans le livret d'accueil.	Remarque 15 : La charte des droits et libertés de la personne accueillie n'est pas présentée ni dans le livret d'accueil, ni dans le contrat de séjour.	Pas de réponse.	Recommandation maintenue
11	Mettre à jour la procédure relative aux contentions en y ajoutant un paragraphe à la limitation des droits d'aller et venir du résident par la pause de la contention.	Remarque 16 : La prise en compte de la limitation des droits d'aller et venir du résident par la pause de la contention passive n'est pas abordée dans la procédure relative aux contentions.	Pas de réponse.	Recommandation maintenue

12	Compléter le protocole de dépistage de la douleur en indiquant qu'en cas d'absence de douleur évoquée ou constatée, une évaluation par an sera réalisée pour chaque résident.	Remarque 18 : Le protocole de dépistage de la douleur ne précise pas qu'en cas d'absence de douleur évoquée ou constatée, une évaluation par an sera réalisée pour chaque résident.	Pas de réponse.	Recommandation maintenue
13	Compléter le protocole relatif aux soins palliatifs au sujet de la sédation profonde, des directives anticipées et de la personne de confiance.	Remarque 19 : Le protocole relatif aux soins palliatifs ne comporte pas d'éléments concernant la sédation profonde, les directives anticipées et la personne de confiance.	Pas de réponse.	Recommandation maintenue
14	Transmettre le RAMA 2024 avec un paragraphe sur les soins palliatifs.	Remarque 20 : Le RAMA ne comporte pas d'éléments concernant les soins palliatifs.	Pas de réponse.	Recommandation maintenue
15	Mettre en œuvre une politique de réduction des contentions dans l'établissement. Transmettre tout document qui montrent la mise en œuvre de cette politique	Remarque 16 : Les chiffres présentés par le RAMA 2022 au sujet du nombre de contentions passives utilisées ne démontrent pas la politique de prévention des contentions annoncées par la procédure générique du groupe.	Cf. Prescription 2	Nouvelle recommandation