

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 : Florence PEKAR

Agence Régionale de Santé
Délégation départementale de Paris
Affaire suivie par : Dalhia ELENGA

Directrice Générale
Association ISATIS
18-20 rue Pasteur
94270 Le Kremlin-Bicêtre

Saint-Denis, le **01 JUL. 2025**

Lettre recommandée avec AR
N°

Madame la Directrice Générale,

Comme annoncé dans le courriel du 23 mai 2024, une inspection de l'EHPAD **Villa Danielle Torelli** a été réalisée au titre du programme pluriannuel de contrôle des EHPAD, programme qui 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.

La mission d'inspection nous a remis son rapport dont vous trouverez un exemplaire ci-joint.

Elle a relevé des points positifs suivants :

- Les bâtiments sont neufs et sont correctement entretenus ;
- Les espaces, hors secteur UVP, sont larges et permettent la circulation des résidents en toute sécurité ;
- Les chambres et les mobiliers répondent aux besoins des résidents ;
- Une équipe de cadres administratifs et des soignants présents et impliqués ;
- La présence d'un IDEC et d'une psychologue ;
- Les diplômes des cadres de direction sont conformes aux attendus réglementaires ;
- Les affiches réglementaires sont conformes ;
- Il existe un CVS au sein de l'établissement ;
- Les résidents et les familles disposent d'un cahier de doléances à l'accueil.

Elle a relevé cinquante-neuf écarts et quarante remarques, et en particulier sur les points suivants :

- La fermeture du PASA sans autorisation ;
- La fermeture des places temporaires sans autorisation ;
- Le taux d'activité en dessous de seuil autorisé ;
- L'absence de projet d'établissement ;
- Le plan bleu n'est pas réalisé ;
- Les outils de la loi 2002-02 ne sont pas tous opérationnels ;
- Les PAI ne sont pas à jour ;

- Une absence de médecin coordonnateur ;
- Une absence des DUD de la directrice et des subdélégations des cadres de la direction ;
- Une irrégularité dans la composition du CVS ;
- Les outils concernant la gestion des EIG ne sont pas tous conformes ;
- Une absence de procédures concernant les situations de violence et de harcèlement aussi bien pour les résidents que les professionnels ;
- Une insuffisance de sécurisation des données médicales et des locaux de soins ;
- Un circuit du médicament insuffisamment sécurisé.

Au regard de l'ensemble des constats réalisés par la mission, nous envisageons de vous notifier **quatre injonctions, vingt prescriptions et sept recommandations** figurant en **annexe** du présent courrier.

Dans le cadre de la procédure contradictoire prévue par les articles L. 121-1 et L. 122-1 du Code des relations entre le public et l'administration, nous vous invitons à nous faire connaître vos observations sur les mesures correctives envisagées dans un délai de d'un mois à compter de la réception du présent courrier.

Nous vous remercions de bien vouloir adresser la copie de vos éléments de réponse à la Délégation départementale de l'ARS de Paris : [REDACTED] et au Conseil départemental de la Ville de Paris : [REDACTED]

A l'issue du contradictoire, vous serez destinataire d'un courrier de décision dans lequel les mesures correctives seront levées ou maintenues en fonction de vos réponses. Sans réponse de votre part, nous vous notifierons nos décisions définitives telles que figurant à l'annexe précitée.

Par la suite, en cas de maintien d'une ou plusieurs injonctions au terme de la présente procédure contradictoire, 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.

Nous vous prions d'agréer, Madame la Directrice Générale, l'expression de notre considération distinguée.

Pour le Directeur général de l'Agence régionale
de santé Ile-de-France et par délégation

Le Directeur de la Délégation départementale de Paris



Pour la Maire de Paris et par délégation,

Le Directeur Adjoint des Solidarités

Jacques BERGER

Copie :

[REDACTED]
Directrice EHPAD Villa Danielle Torelli
31 rue Olivier de Serres
75015 Paris



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



ARS
Agence Régionale de Santé
Île-de-France



VILLE DE
PARIS

Annexe : Mesures envisagées dans le cadre de l'inspection réalisée au sein de l'EHPAD VILLA Danielle TORELLI du 23 mai 2024

Injonctions :

Thèmes et Sous-Thèmes (GAS)	Mesures envisagées	Texte de référence	Ref Rapport	Délai de mise en œuvre
Inj 1 1.1-Gouvernance- Conformité aux décisions de l'autorisation ou de la déclaration	Régulariser la situation de l'établissement au regard de ces conditions d'activité en : 1/ Se conformant aux conditions de son autorisation, précisément l'arrêté n° 2012-149 du 6/08/2012, par : - La remise à disposition des usagers des 10 places d'hébergement temporaire et le respect de la répartition des places entre l'hébergement permanent et temporaire ; - La transmission aux autorités par courrier des informations sur la date de remise en conformité de l'hébergement temporaire et des modalités de cette ouverture ; Rédiger et transmettre une procédure spécifique pour l'hébergement temporaire. 2/ Répondant aux besoins des usagers par la réouverture du PASA et par la transmission aux autorités de contrôle des documents relatifs : - aux modalités de remise aux normes des locaux conformément aux conditions de la labellisation du 30 juillet 2018 ;	Article L313-1 alinéa 4 du CASF	Écart n°3 : En transformant les 10 places d'hébergement temporaire de l'unité Alzheimer en hébergement permanent sans autorisation des autorités, l'établissement ne respecte plus les conditions de son autorisation n°2012-149 du 06/08/2012 et nuit gravement à la prise en charge des usagers sur le territoire en supprimant une offre d'accueil inscrite au schéma d'organisation sociale et médico-sociale, ce qui contrevient à l'article L313-1 alinéa 4 du CASF. Écart n°4 : En fermant le PASA sans en informer les autorités, l'établissement ne remplit plus les conditions de son arrêté n° 2012-149 du 0/08/12 et de sa labellisation du 30 juillet 2018, ce qui contrevient aux articles L313-1, L313-4 et D312-155-0-1 du CASF et aux conditions de sa labellisation. Écart n°5 : En fermant unilatéralement le PASA, l'établissement réduit les possibilités d'offrir aux résidents une prise en charge adaptée à leurs besoins, ce qui contrevient aux articles L311-3 et D312-155-0-1 (PASA) du CASF. Remarque 21 : Il n'existe pas de procédure spécifique pour l'hébergement temporaire.	Immédiat

13 rue du Landy
93200 Saint-Denis
Tél : 01 44 02 00 00
iledelfrance.ars.sante.fr

94/98 quai de la rapée
75012 Paris
Tél : 01 43 47 77 77
paris.fr

Thèmes et Sous-Thèmes / OAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Ref Rapport	Délai de mise en œuvre
Inj 2	au calendrier d'ouverture des activités du PASA et au programme d'activités, conformément au projet du PASA ;	Articles D312-156 du CASF	Écart n°14 : En ne présentant pas les éléments justifiant du processus du recrutement du médecin coordonnateur, l'établissement contrevient à l'article D312-156 du CASF.	Immédiat
Inj 3	1.2- Gouvernance- Management et Stratégie 1.5-Gouvernance- Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Transmettre aux autorités de contrôle les preuves corroborant le processus du recrutement d'un médecin coordonnateur. Mettre en œuvre une gestion effective des événements indésirables graves (EIG) en : - rédigeant des procédures allant de la déclaration aux modalités de suivi des retour d'expérience (RETEX), - les signalant aux autorités de contrôle, - et en transmettant les documents y afférents.	Articles L313-24, L331-8-1, R331-8 à 10 du CASF ; Article R1413-67 à 73 du CSP ; Arrêté du 28/12/2016 modifié (Nature des dysfonctionnements graves et événements à déclarer aux autorités administratives).	Immédiat
Inj 4	3.8-Prise en charge- Soins	Mettre en conformité et sécuriser le circuit du médicament en Formalisant une procédure de circuit du médicament, conjointement avec la pharmacie référente, et en la transmettant aux autorités ;	Écart n°23 : L'établissement ne dispose pas de procédure relative aux traitements des dysfonctionnements graves à déclarer, ce qui contrevient aux L313-24 CASF et L. 331-8-1 et R.331-8 à 10 CASF, et l'Arrêté du 28/12/2016 modifié. Écart n°24 : L'établissement ne dispose de procédure de gestion des EI liées à la prise en charge médicamenteuse, ce qui contrevient à l'article R1413-67 CSP et à l'arrêté du 28/12/2016 modifié. Écart n°25 : L'établissement n'a pas présenté les modalités de suivi des situations ou des RETEX en cas de survenance d'EI ou EIG, contrairement aux articles L331-8-1 et R331-8 et -9 CASF, R1413-67 à 73 du CSP et l'arrêté du 28 décembre 2016. Écart n°26 : L'établissement ne déclare pas les EIG aux tutelles, ce qui contrevient à l'article L331-8-1 du CASF.	Immédiat

Thèmes et Sous- Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réf. Rapport	Délaï de mise en œuvre
	- Dotant le personnel chargé de l'administration des médicaments d'une liste de médicaments écrasables/non écrasables. Cette liste doit être établie en collaboration entre le pharmacien et l'EHPAD ; - Veillant à inscrire les dates d'ouverture sur les flacons de consommables ; - Transmettant la liste préférentielle de médicaments (LPM) ; - Identifiant les piluliers des résidents pour éviter toute confusion et erreur dans l'administration médicamenteuse ; - Garantissant la conservation des médicaments thermosensibles par la mise en œuvre d'un contrôle quotidien systématique de l'enceinte réfrigérée dans laquelle ils sont stockés ; - En réduisant le délai de retranscription des ordonnances papier dans le logiciel de soins ; - En assurant la traçabilité au plus près de l'administration ; - Rédigeant et transmettant la procédure de traçabilité de l'aide à la prise des médicaments.	état des lieux réglementaire et recommandations régionales, OMEDIT IDF et ARS IDF, janvier 2025 « Le circuit du médicament en EHPAD » Guide ARS APA, juin 2023 « Référentiel et manuel d'évaluation de la qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux » HAS, mars 2022 Recommandation s de l'Ordre National des Pharmaciens « Recommandation s de gestion des produits de santé soumis à la chaîne du froid entre +2°C et +8°C ».	Écart n°54 : En ne transmettant pas la liste préférentielle des médicaments, l'établissement contrevient à l'article L313-12 V du CASF. Écart n°55 : Le contrôle de la température de l'enceinte réfrigérée n'est pas suffisamment régulier pour s'assurer de la correcte conservation des médicaments thermosensibles ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF et aux recommandations de l'Ordre National des Pharmaciens « Recommandations de gestion des produits de santé soumis à la chaîne du froid entre +2°C et +8°C ». Remarque 34 : L'identification des résidents avec photographie sur les piluliers n'est pas exhaustive. Remarque 36 : La date d'ouverture des flacons de consommables n'est pas indiquée. La date de fin d'utilisation n'est donc pas connue. Remarque 37 : L'absence de liste des médicaments pouvant être écrasés, ouverts ou dilués, augmente le risque de mauvaise utilisation des médicaments. Remarque 38 : La difficulté de traçabilité de l'administration des médicaments pendant la période où l'ordonnance n'est pas retranscrite dans le logiciel de soins ne permet pas de s'assurer de la qualité de la prise en charge. Remarque 39 : La traçabilité de l'administration à distance de l'aide à la prise augmente le risque d'erreur.	

Prescriptions :

Thème et Sous-Thème CAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Ref. Rapport	Délai de mise en œuvre
Presc 1 1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	Répondre aux attentes réglementaires du gestionnaire en transmettant aux autorités de tarification et de contrôle : 1/ Les documents actant le changement des organes dirigeants et leur nouvelle organisation, 2 Le projet d'établissement incluant le projet d'animation, 3/ Un plan d'action ayant pour objectif d'atteindre le taux d'occupation exigé par les autorités.4/ Le PACQ et les modalités du suivi.	Article L313-1, 4ème alinéa du CASF Article L313-1 alinéa 4 du CASF Arrêté d'autorisation Article L311-8 du CASF L311-8, L315-17, D312-176-5 et D311-38 du CASF. L.311-3 du CASF, D312-160 CASF (plan en cas de crise sanitaire ou climatique), D312- 155-4-1 (PE, partie en cas de crise sanitaire ou climatique). Arrêté du 7 juillet 2005, mod. par l'arrêté du 8 août 2005.	Écart n°1 : L'établissement n'a pas fourni à la mission les documents présentant le fonctionnement et l'organisation du conseil d'administration et la présidence de l'association, ce qui contrevient à l'article L313-1, 4ème alinéa du CASF. Écart n°2 : En présentant un taux d'occupation de 90%, en-dessous du seuil fixé à 95%, l'établissement ne respecte pas les exigences établies par l'article L313-1 alinéa 4 du CASF. Écart n°8 : En ne présentant pas de projet d'établissement actualisé, l'établissement contrevient aux articles L311-8, L315-17, D311-38, D312-158, 1° et D312-176-5 CASF. Écart n°9 : En l'absence du projet d'établissement, la mission d'inspection ne peut contrôler les modalités et la qualité de la prise en charge des résidents, ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF. Remarque 27 : L'établissement ne dispose pas d'un projet d'animation validé.	1 mois



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesures préconisées	Texte de référence	Objet Rapport	Délai de mise en œuvre
Presc 2 1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	Rédiger et transmettre aux autorités un plan bleu conforme à la réglementation comportant les procédures suivantes : • 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, • Procédure pour la mise en place du retour d'expérience et de mise à jour du plan.	Articles L.311-3, D312-155-4-1 et D312-160 du CASF Arrêté du 7 juillet 2005 modifié	Écart n°10 : En ne disposant pas de plan bleu, l'établissement contrevient aux dispositions des articles L.311-3, D312-155-4-1, D312-160 du CASF et l'arrêté du 7 juillet 2005 modifié.	3 mois
Presc 3 1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	Favoriser un climat de confiance entre la direction et les salariés afin de préserver la bonne qualité de la prise en charge des résidents en : • Installant un système de badgeage fiable afin de bien recueillir les données sur les entrées et les sorties des salariés et les heures supplémentaires ; • Mettant une procédure de remplacement de tous les salariés pendant les congés.	Article L311-3 3° CASF.	Écart n°11 : L'absence d'un dialogue constructif entre la direction et les salariés sur les droits de ces derniers interfère sur la qualité de la prise en charge des résidents, ce qui contrevient à l'article L311-3 3° CASF.	3 mois
Presc 4 1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	Mettre en conformité les documents et les outils de management en :	Articles D315-67, D315-68, D315-69	Écart n°12 : L'établissement n'a pas présenté à la mission d'inspection le DUD de la directrice. Ce qui contrevient à l'article D312-176-5 du CASF.	1 mois

13 rue du Landy
93200 Saint-Denis
Tél : 01 44 02 00 00
iledefrance.ars.sante.fr

94/96 quai de la rapée
75012 Paris
Tél : 01 43 47 77 77
paris.fr

Thèmes et Sous-Thèmes (AS)	Mesures envisagées	Texte de référence	Ref Rapport	Délai de mise en œuvre
Presc 5	1.3-Gouvernance-Animation et fonctionnement des instances	et D312-176-5 du CASF.	Écart n°13 : L'établissement n'a pas présenté les subdélégations des cadres de sa direction, ce qui contrevient aux articles D315-67, D315-68, et D315-69 CASF. Remarque 1 : Les modalités d'organisation des réunions par l'établissement et l'absence de formalisme propre aux CODIR ne permettent pas à la Mission d'inspection de les définir comme étant des CODIR.	3 mois
	• Instituant des réunions de CODIR avec des ordres de jour et en rédigeant des comptes-rendus qualitatifs ; • Rédigeant et transmettant le DUD de la directrice et les subdélégations des cadres de la direction.	Articles D311-4, D311-5 et D311-19 du CASF. Article R331-10 du CASF	Écart n°6 : Le règlement de fonctionnement n'a pas été présenté au CVS, ce qui contrevient aux dispositions des articles L311-7 du CASF (règlement de fonctionnement, consultation CVS).	
	• S'assurer du bon fonctionnement du CVS en : • transmettant les documents de la composition du CVS indiquant le nombre de personnes élues et l'affectation des sièges selon le statut des membres ; • transmettant le règlement intérieur du CVS ; • Informant le CVS sur les dysfonctionnements et événements indésirables au sein de l'établissement et le CVS doit en prendre acte dans ses comptes rendus ; • Transmettant aux autorités la preuve de la présentation du règlement de fonctionnement de l'établissement au CVS et s'assurer de sa bonne transmission aux résidents au moment de l'admission.	Articles R311-7 et R311-34 du CASF (affichage et remise du règlement fonctionnement)	Écart n°15 : La composition et le fonctionnement du CVS ne sont pas en conformité des articles D311-4 et D311-5 du CASF. Écart n°16 : Le CVS ne dispose pas de règlement intérieur, ce qui contrevient à l'article D311-19 du CASF. Écart n°17 : Il n'est pas indiqué que le CVS a été informé sur les EI ou EIG, ce qui convient aux dispositions de l'article R331-10 du CASF.	
Presc 6	1.4-Gouvernance-Gestion de la qualité	Articles L119-1, L311-3 1°, L311-3 3°, L312-1 II 4° alinéa et L312-8, CASF	Écart n°18 : La démarche qualité de l'établissement n'est pas conforme à l'article L312-8 du CASF. Écart n°19 : Les outils d'évaluation ne sont pas opérationnels contrairement aux dispositions aux articles L312-8, D312-203 et D312-204 du CASF.	3 mois

Intégrité et Santé Thème AGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Ref Rapport	Délai de mise en œuvre
	- Rédigeant les procédures et en transmettant les documents aux autorités ; - Mettant à jour les données à renseigner sur les tableaux de la plateforme de l'ANAP.	Articles D312-203 et D312-204 du CASF Circulaire de la bientraitance du 20 février 2014 Instruction DGAS/2A N°2007-112 du 22 mars 2007	Écart n°20 : La politique de promotion de la bientraitance n'est pas formalisée dans l'établissement contrairement aux dispositions des articles L119-1 et L311-3, 1° du CASF, de la circulaire du 20 février 2014 et de l'instruction DGAS/2A N°2007-112 du 22 mars 2007. Écart n°28 : En ne respectant pas son obligation de renseigner les tableaux de l'ANAP, l'établissement conduit la mission à s'interroger sur la qualité de la prise en charge des résidents, comme l'exigent les articles L.311-3 1° et L.311-3 3° du CASF. Écart n°29 : L'établissement ne s'est pas assuré de vérifier les qualifications des prestataires externes, ce qui contrevient à l'article L312-1 II 4° alinéa CASF. Remarque 5 : Les prestations externalisées ne sont pas évaluées. Remarque 7 : Les recommandations de la HAS sur la pratique de la bientraitance ne sont pas utilisées.	
1.4-Gouvernance- Gestion de la qualité	Développer des actions de lutte contre la violence au sein de l'établissement en : 1/ Rédigeant et transmettant les documents relatifs à la gestion des situations de violence et de harcèlement, 2/ Rédigeant et transmettant une procédure relative à la protection des salariés en cas de témoignage sur les faits de violence.	Article L331-8-1 du CASF Article L313-24 du CASF	Écart n°21 : L'établissement ne dispose de procédures concernant les situations de violence ou de harcèlement, ce qui contrevient à L.331-8-1 du CASF. Écart n°22 : L'établissement ne dispose de procédure protégeant les salariés en cas de témoignage sur les faits de violence ou de harcèlement. Ce qui contrevient à l'article L313-24 du CASF.	1 mois
2.1-Fonctions support-Gestion des RH	Développer les compétences des salariés et une politique de recrutement pour une meilleure prise en charge des résidents :	Article 311-3 du CASF, D.311-38-3 du CASF Article L311-3 CASF	Écart n°27 : En ayant recours de manière importante aux personnels en CDD et en intérim, la direction de l'établissement ne pouvait pas de manière durable et permanente certains postes de soignants, ce qui ne garantit	6 mois

Thèmes et sous-thèmes (GAS)	Mesures envisagées	Texte de référence	Réf. Rapport	Délai de mise en œuvre
	- Mettant en place un plan de formation des salariés pour maintenir le niveau de qualification pour une bonne prise en charge des usagers ; - Mettre en place des formations sur la bientraitance ; - Mettant en place des temps d'échanges sur les pratiques professionnelles afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des résidents ; - Mettant en place une politique de recrutement et de fidélisation du personnel ; - Rédigeant et en transmettant un protocole d'accueil pour les nouveaux salariés.	HAS « La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre », 2008 (§ Repère n° 4.2.1 « Accueillir le nouveau professionnel et lui donner les moyens de comprendre et de s'adapter aux usagers qu'il accompagne »). Articles L.311-3 1° et D.312-155-0 II du CASF.	pas la continuité et la sécurité des prises en charge. Ce qui contrevient à l'article L311-3 CASF. Écart n°31 : L'EHPAD ne respecte pas les préconisations nationales de bonnes pratiques relatives à la mise en œuvre d'un plan de formation à destination de ses salariés pour une bonne prise en charge adaptée des usagers, ce qui contrevient à l'article D.311-38-3 du CASF. Écart n°32 : Il n'existe pas de temps d'échange organisés avec l'ensemble des professionnels, ce qui interroge sur la cohérence d'équipe, la cohérence des pratiques professionnelles et la bonne prise en charge des résidents conformément à l'article 311-3 du CASF. Remarque 15 : Il n'existe pas de support de formation, ni d'attestation de formation bienveillance. Remarque 16 : Il n'existe pas de protocole d'accueil du salarié spécifique aux particularités de l'EHPAD Torelli.	1 mois
Presc 9 2.3-Fonction support-Gestion d'informations	Prescrire les glissements de tâches et mettre à jour les fiches de postes et les contrats des AES, AS en : - Rédigeant et transmettant les fiches de postes de chaque métier ; - Transmettant les copies des contrats des AS en CDD ; - Clarifiant les intitulés et les fonctions du personnel par la rédaction des fiches de postes propres à chaque métier.		Écart n°33 : La fiche de tâches horaires est commune aux aides-soignants (AS), accompagnants éducatifs et sociaux (AES), AMP et AVS. 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. Écart n°34 : L'organisation des tâches de l'équipe soignante n'est pas clarifiée, ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF. Remarque 10 : Les dénominations des personnels travaillant dans l'établissement sont différentes, ce qui ne favorise pas la compréhension de la composition des effectifs. Remarque 11 : La qualification des AS en contrat à durée déterminée n'a pu être vérifiée.	



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



VILLE DE

PARIS

Préc	Motiv et Soins Interne IGAS	Requise juridique	Texte de référence	Ref Rapport	Délai de mise en œuvre
10	2.3-Fonction support- Gestion d'informations	S'assurer du respect de la confidentialité des données médicales des résidents et leur traitement par les professionnels disposant des compétences adéquates en : 1/ Sécurisant les données médicales par : • La mise en place des outils assurant la sécurisation de ces données ; • L'interdiction de l'accès de ces données au personnel non soignant ; • La transmission des informations médicales nominatives, notamment les ordonnances, de façon sécurisée ; • La transmission d'une procédure de sécurisation de ces données. 2/ Informant les autorités sur la qualité du rédacteur du RAMA de l'établissement afin de répondre aux exigences rédactionnelles du RAMA en l'absence médecin coordonnateur.	Articles L. 311-3, 4° du CASF et L.1110-4 du CSP. Articles D. 312-158 (10°), D. 312-155-3 al 9°, D. 312-158 (4°), D.312-158 et L.311-3 4° du CASF et l'article 32 du RGPD	Écart n°35 : Le RAMA n'est pas rédigé par le médecin coordonnateur, ce qui contrevient aux dispositions des articles D. 312-158 (10°), D. 312-155-3 al 9°, D. 312-158 (4°) et D.312-158 du CASF. Écart n°37 : L'accès par un personnel non soignant au dossier médical contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3, 4° du CASF et L.1110-4 du CSP. Écart n°38 : Les dossiers de soins des résidents ne sont pas stockés dans des conditions permettant d'assurer leur confidentialité ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-3, 4° CASF. Écart n°53 : La transmission non sécurisée de données médicales nominatives contrevient à l'article L.311-3 4° du CASF et à l'article 32 du RGPD. Remarque 31 : Le contenu du temps de présence du médecin du siège n'est pas spécifié. Cela ne permet pas à la Mission de mesurer la nature de sa présence et s'il contribue par exemple à la rédaction du RAMA.	1 mois
11	2.5-Fonction support- Sécurités	Sécuriser le circuit de gestion et de l'élimination des déchets en : • En mettant les DASRI à l'abri des résidents ; • Transmettant la convention de la gestion des DASRI	Article R1335-3 CSP.	Écart n°39 : L'établissement n'a pas présenté de convention pour la gestion des DASRI, ce qui contrevient à l'article R1335-3 CSP. Remarque 18 : Les déchets sont stockés dans le sous-sol du bâtiment. Remarque 19 : Les DASRI ne sont pas sécurisés dans des espaces où circulent des résidents avec des troubles cognitifs.	1 mois

Thèmes et Sous-Thèmes (GAS)	Mesure envisagée	Texte de référence	Ref/Support	Délai de mise en œuvre
Presc 12 2.5-Fonction support-Sécurités	Garantir une prise en charge sécurisée des résidents en : 1/ Mettant en conformité l'aménagement de l'UVP, notamment en retirant les objets des espaces de circulation compromettant la sécurité des résidents et prévenir les chutes. 2/ Mettant en place une commission des chutes.	Article L311-3 1° CASF	Écart n°40 : L'aménagement de l'UVP ne permet pas d'assurer la sécurité du public accueilli, ce qui contrevient à l'article L311-3 1° CASF. Remarque 9 : L'établissement n'a pas mis en place un comité de chute Remarque 33 : Il n'existe pas d'analyse systématique des chutes survenues dans l'établissement.	6 mois
Presc 13 3.1-Prise en charge-Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Mettre en exergue les droits des résidents et se conformer à la loi 2002-2 en : • S'assurant de la remise du règlement de fonctionnement au résident lors de son admission dans la résidence. • Mettant à disposition des résidents et des familles de manière continue le cahier des doléances. • Complétant le livret d'accueil en y inscrivant tous les droits des résidents conformément la loi de 2002 et en particulier en mentionnant la personne de confiance, les personnes qualifiées et les modalités de leur saisine. • Rédigeant et en transmettant une procédure d'admission incluant les documents obligatoires à délivrer au résident au moment de son admission. • Mentionnant dans le règlement de fonctionnement de l'établissement les motifs de refus d'admission ou de fin de prise en	Loi de 2002-2 du 2 janvier 2002	Écart n°7 : Le règlement de fonctionnement n'est pas remis au résident, ce qui contrevient à l'article R311-34 du CASF. Remarque 8 : Le cahier de doléances n'a pas été tenu en 2024. Remarque 20 : La procédure d'admission ne fait pas mention de documents à délivrer obligatoirement à tout résident (livret d'accueil, règlement de fonctionnement). Remarque 22 : Le règlement de fonctionnement ne mentionne pas les motifs de refus d'admission ou de fin de prise en charge. Remarque 24 : La mention du recours à la personne qualifiée n'apparaît pas dans le livret d'accueil, ni dans le règlement de fonctionnement. Remarque 25 : Le livret d'accueil ne contient aucune information ni sur la personne de confiance ni sur les personnes qualifiées et leurs modalités de saisine. Remarque 26 : Le règlement de fonctionnement ne contient pas les informations relatives au coffre-fort et aux modalités de dépôt.	1 mois



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



ARS
Agence Régionale de Santé
Île de France



VILLE DE
PARIS

Thèmes et Sous- Thèmes (GAS)	Objectifs attendus	Texte de référence	Ref Rapport	Délai de mise en œuvre
	charge, les personnes qualifiées et leurs modalités de saisine			
	Mentionnant dans le règlement de fonctionnement les informations relatives au dépôt dans le coffre-fort y compris les modalités de dépôt			
Presc 14	3.1-Prise en charge- Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Mettre à jour les documents, les outils d'information et d'évaluation des besoins des résidents en : - Rédigeant une procédure d'évaluation gérontologique lors des admissions des résidents ; - Mettant à jour les PAI des résidents ; - Formalisant et en traçant les réunions concernant les besoins des résidents pour une bonne prise en charge ; - Mettant en conformité les dossiers administratifs des résidents.	Écart n°36 : La tenue des dossiers administratifs des résidents n'est pas conforme aux articles L311-384 et L311-5-1 CASF et L. 1111-6 CSP ainsi que la circulaire DGAS/SD5 n°2004-138 du 24/03/2004 relative au livret d'accueil. Écart n°41 : Les étapes et le contenu de l'évaluation gérontologique à l'admission des résidents ne sont pas conformes aux dispositions de l'article D.312-158 6° du CASF. Écart n°42 : L'ensemble des PAI ne sont pas formalisés, ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF. Remarque 23 : Toutes les réunions ne font pas l'objet de formalisation écrite, ce qui nuit à une bonne traçabilité des informations sur la prise en compte des besoins des résidents.	3 mois
Presc 15	3.1-Prise en charge- Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Sécuriser le suivi médical des résidents en : 1/ Mettant en place des mesures d'identification pour l'ensemble des résidents ; 2/ Transmettant une extraction complète des dossiers de soins et dossiers médicaux de 5 résidents de l'établissement, d'unités différentes, afin de permettre la vérification de leur complétude par les autorités de contrôle.	Écart n°43 : L'établissement n'a pas transmis de dossiers médicaux et n'a permis à la mission d'inspection de vérifier la régularité et la complétude des dossiers conformément aux articles L311-3 5° CASF, R4311-1 CSP, R4321-91 CSP et R4311-2 CSP. Écart n°44 : Les mesures d'identification ne concernent pas l'ensemble des résidents, ce qui contrevient à l'article L311-3 1° CASF.	3 mois
Presc 16	3.8-Prise en charge- Soins	Améliorer la démarche d'aide au repas en :	Écart n°45 : L'établissement ne dispose pas de procédure concernant l'aide au repas ainsi que les modalités de prise de	3 mois

13 rue du Landy
93200 Saint-Denis
Tél : 01 44 02 00 00
iledefrance.ars.sante.fr

94/96 quai de la rapée
75012 Paris
Tél : 01 43 47 77 77
paris.fr

Thèmes et Sous-Thème (SAGE)	Mesure envisagée	Texte de référence	Ref Rapport	Délai de mise en œuvre
	- Formalisant une procédure portant sur l'aide au repas des résidents ; - Mettant en place un document de suivi des besoins des résidents en matière de repas ; - Mettant en place la proposition d'une collation nocturne afin de répondre aux besoins des résidents ; - Mettant en place une commission de coordination gériatrique.	Article D. 312-158 du CASF Arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique	repas en fonction des besoins du résident, ce qui contrevient à l'article L311-3 3° CASF. Écart n°46 : L'absence de réunion de la commission gériatrique génère un risque de non-qualité de la prise en charge médicale. Ce qui contrevient à l'article D312-158, 3° du CASF et l'arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D. 312-158 du CASF. Remarque 28 : Le jeûne nocturne est supérieur à 12h en l'absence de collation, ce qui est contraire aux recommandations en vigueur. Remarque 29 : L'accompagnement des résidents concernant l'aide au repas selon ses besoins ne se fonde pas sur les bonnes pratiques recommandées par la HAS.	
Presc 17 3.8-Prise en charge-Soins	Améliorer et faciliter de manière sécurisée l'accès aux outils informatiques en : - Permettant l'accessibilité aux outils informatiques pour les soignants, - Mettant en place une procédure assurant la traçabilité de la prise en charge au plus près du soin et transmettre la procédure.	Articles L311-3 et L311-3 4° du CASF Article 32 du RGPD	Écart n°51 : La traçabilité des soins à distance ne permet pas de s'assurer de la qualité de la prise en charge, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.	3 mois
Presc 18 3.8-Prise en charge-Soins	Améliorer la prise en charge de la douleur et les soins palliatifs en : - Rédigeant et en transmettant le protocole sur la prise en charge de la douleur ; - Rédigeant et en transmettant le protocole sur les modalités de la prise en charge de la fin de vie et des soins palliatifs ;	Article L311-3 1° du CASF Article D312-158 CASF Articles L1110-5 CSP (droit aux meilleurs soins, apaisement de la	Écart n°48 : Il n'y a pas de protocole propre à l'établissement pour la prise en compte de la douleur, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1° du CASF. Écart n°49 : Il n'y a pas de protocole visant à prendre en compte la fin de vie avec un protocole de soins palliatifs, ce qui contrevient à L1111-11 CSP. Écart n°50 : L'absence de protocoles relatifs aux soins, à jour et connus des soignants, constitue un risque pour la sécurité	1 mois



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



ARS
Agence Régionale de Santé
Île-de-France



VILLE DE

PARIS

Thèmes et Sous- Thèmes ICAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Ref Rapport	Délaie de mise en œuvre
	- Formalisant des protocoles relatifs aux soins, à jour, adaptés à l'établissement, et connus des soignants. - Mettant en place un partenariat avec les acteurs extérieurs pour l'accompagnement de fin de vie et transmettre les conventions signées aux autorités.	douleur) et L1112-4 CSP (prise en charge de la douleur en ESMS) Articles L1111-11 CSP et R1111-19 CSP R4311-2, 5°, CSP (Rôle propre de l'infirmier) R4312-43 CSP (Utilisation protocole par IDE) D312-158 CASF Circulaire DGS/DH/DAS N° 99/84 du 11 février 1999, Guide méthodologique Le déploiement de la bientraitance Les principes de bientraitance : déclinaison d'une charte, HAS, 2012. RBPP HAS Accompagner la fin de vie des	des résidents ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1° du CASF. Écart n°58 : Les modalités d'accompagnement en fin et les soins palliatifs ne sont pas encadrés ou ne bénéficient de partenariats pour un meilleur accompagnement des résidents, contrairement aux dispositions L1111-11 CSP et L1112-4 CSP.	



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Thèmes et Sous-Thèmes	Thématique envisagée	Tout de référence	Rôle Rapport	Délai de mise en œuvre
Presc 19	3.8-Prise en charge- Soins	personnes âgées en EHPAD, 2017 L1112-4 CSP (prise en charge des soins palliatifs en ESMS) L1110-5 CSP (droit aux meilleurs soins, droit fin de vie digne et accompagnée, apaisement de la douleur), D311-38, CASF		
	Sécuriser les locaux de soins, le stockage, la gestion et la conservation des médicaments en : • Procédant à une amélioration de la sécurisation des locaux de soins et des lieux de stockage de médicaments ; • Transmettant un protocole de sécurisation des locaux de soins et des lieux d'utilisation de médicaments ; • Communiquant sur la sécurisation des locaux de soins et des lieux d'utilisation de soins et transmettre un compte rendu de la communication aux autorités ; • Procédant à la sécurisation par scellé du sac d'urgence.	R4312-35 CSP, R.4312-39 CSP, L.311-3 CASF Article L311-3 du CASF Recommandation s de l'Ordre National des Pharmaciens « Recommandation s de gestion des produits de santé soumis à la chaîne du froid	Écart n°47 : Les postes de soins, armoires à médicaments, coffre à stupéfiants sont insuffisamment sécurisés. Les médicaments, y compris stupéfiants, et des informations confidentielles sur les résidents sont donc insuffisamment protégés Cela contrevient aux articles R4312-35 CSP, R.4312-39 CSP, L.311-3 CASF. Remarque 32 : Le sac d'urgence du bâtiment C n'est pas scellé. Remarque 35 : Les armoires des médicaments ne sont pas fermées à clé dans le poste de soins	3 mos

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Ref Rapport	Début de mise en œuvre
Presc 20 4.3-Relations avec l'extérieur- Partenariats institutionnels	Créer et consolider les réseaux de partenariat en conventionnant avec : - Les DAC pour un meilleur accompagnement des résidents ; - Les structures de santé et les intervenants médicaux et paramédicaux ; - Les professionnels intervenant au sein de l'établissement	entre +2°C et +8°C ». Article L313-12 V CASF. Décret du 18 mars 2021 N°2021-295 relatif aux DAC et aux dispositifs spécifiques régionaux. Article L312-1 II 4°alinéa du CASF	Écart n°30 : L'établissement n'a pas signé de conventions avec l'ensemble des professionnels libéraux intervenants dans l'établissement, ce qui contrevient à l'article R313-30-1 et R313-30-1 du CASF (contrat entre prof libéral et EHPAD). Écart n°56 : L'établissement n'a pas conventionné avec un établissement de santé, contrairement aux exigences des articles L312-7, 1° du CASF et D312-155-0, I, 5° du CASF (convention avec EDS). Écart n°57 : Les intervenants médicaux et paramédicaux n'ont pas tous signé de conventions, contrairement à l'article R313-30-1 CASF Écart n°59 : L'établissement n'a pas intégré un dispositif d'accompagnement spécifique, ce qui est contraire au Décret du 18 mars 2021 N°2021-295 relatif aux DAC et aux dispositifs spécifiques régionaux. Remarque 40 : L'établissement n'a pas signé de conventions de gérontologie ou intégrer des réseaux de gérontologie.	6 mois

Recommandations :

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Ref Rapport
Reco 1 1.2- Gouvernance- Managèment et Stratégie	Repenser la relation entre l'organisme gestionnaire et l'établissement en assurant à celui-ci un meilleur		Remarque 2 : L'absence de documents réglementaires au sein de l'établissement, à savoir le projet d'établissement et le plan bleu interpele la

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Ref Rapport
Reco 2	accompagnement conduisant à la mise en place d'outils de management.		Mission d'inspection sur la nature et l'efficacité de l'accompagnement de l'organisme gestionnaire.
Reco 3	Etablir et transmettre une procédure de gestion des urgences de nuit.		Remarque 3 : L'établissement n'a pas de procédure en cas d'urgence la nuit.
Reco 4	Faire signer la fiche de poste de l'IDEC		Remarque 4 : La fiche de poste de l'IDEC n'est pas signée par la responsable hiérarchique et par l'IDEC.
Reco 5	Retirer des dossiers administratifs des salariés les casiers judiciaires datant de plus de 3 mois. Mettre en place une gestion de la vie professionnelle des agents en : • Réalisant les entretiens professionnels, • Mettant en place un réel plan formation des salariés, intégrant également la valorisation des acquis professionnels.	Articles L. 1242-1, L. 1248 du Code du travail.	Remarque 12 : Les casiers judiciaires sont conservés dans les dossiers dans les dossiers au-delà de 3 mois, ce qui contrevient à l'avis de la CNIL. Remarque 13 : L'absence d'évaluation annuelle des professionnels ne facilite pas la mise en place d'un accompagnement par l'encadrement et la reconnaissance et valorisation des compétences de chaque professionnel. Remarque 14 : Tous les personnels ne bénéficient pas d'un d'entretien professionnel.
Reco 6	Mettre en place des outils fiables de calcul des heures supplémentaires et procéder à leur rémunération.	Articles L. 1242-1 et L. 1248 du Code du travail	Remarque 17 : L'absence d'outils fiables mesurant les heures réalisées par les salariés a des conséquences négatives sur les rémunérations des salariés y compris le règlement des heures supplémentaires.
Reco 7	Rédiger et transmettre le protocole du circuit du linge de l'entrée à la sortie en indiquant les conditions du stockage du linge sale dans des espaces réservés.		Remarque 6 : Le circuit de la prise en charge matérielle du linge plat par le prestataire extérieur n'est clairement identifié. Remarque 30 : Les conditions de stockage du linge sale qui traîne à même le sol et qui déborde dans le sous-sol le week-end car le prestataire ne passe pas pendant cette période ne sont pas hygiéniques.