

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

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

Président Directeur Général
Association UNIV
51 boulevard de la Liberté
59000 Lille

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

Paris, le **19 NOV. 2025**

Agence Régionale de Santé Île-de-France
Délégation départementale de Paris
Affaire suivie par : Conrad LAJUSTICIA

Lettre recommandée avec AR
N° 1A ARL 205 8359 7

Monsieur le Président Directeur Général,

Comme annoncé dans le courriel du 6 décembre 2024, un contrôle sur pièces de l'EHPAD Les Airelles a été réalisé 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 de contrôle nous a remis son rapport dont vous trouverez un exemplaire ci-joint.

Elle a relevé des points positifs suivants :

- Le projet d'établissement 2019-2024 élaboré en collaboration avec les résidents, les personnels et les familles,
- La présence d'un médecin coordinateur (MEDEC) et d'une infirmière coordinatrice (IDEC) dans l'équipe de soins,
- Des réunions régulières du Conseil de la Vie Sociale (CVS), conformément à la réglementation,
- L'existence d'un plan d'action qualité en 2024,
- Un protocole « contention », présenté aux soignants lors d'une formation.

Elle a relevé des écarts, en particulier sur les points suivants :

- Un taux d'occupation de l'EHPAD trop faible,
- Un nombre d'Infirmiers (IDE) et d'aide-soignant (AS)/accompagnant socio-éducatif (AES) insuffisant au regard du nombre de résidents,
- Une présence des AS et IDE insuffisante sur la tranche horaire du matin,
- Un glissement de tâches vers les auxiliaires de vie,
- Des actions en faveur de la bientraitance et prévention de la maltraitance à renforcer,
- Une politique en matière de repérage, traitement et signalement des événements indésirables graves à compléter et renforcer.

Au regard de l'ensemble des constats réalisés par la mission, nous envisageons de vous notifier deux injonctions, onze prescriptions et neuf recommandations.

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 vos éléments de réponse :

- Par courriel à la Ville de Paris à [REDACTED]
- Par la plateforme Bluefiles pour l'ARS Ile-de-France : [REDACTED]
[REDACTED] Les tutoriels de dépôt sur Bluefiles, ainsi que la notice relative au RGPD, seront joints par mail à l'établissement.

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 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, Monsieur le Président Directeur Général, 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

[REDACTED]

Tanguy BODIN

Pour la Maire de Paris et par délégation,

Le Directeur Adjoint des Solidarités

[REDACTED]

Jacques BERGER

Copie :

[REDACTED]
Directrice de l'EHPAD Les Airelles
8-10 rue des Panoyaux
75020 Paris



Annexe : Mesures envisagées dans le cadre du contrôle réalisée au sein de l'EHPAD Les Airelles à compter du 13 décembre 2024.

Injonctions :

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
Inj 1 2.1-Fonctions support-Gestion des RH	Engager des démarches de recrutement permettant d'assurer la présence de personnels soignants diplômés AS et IDE dans l'établissement. Transmettre les annonces de recrutement ainsi que tout autre document permettant à la mission de vérifier les actions mises en place par l'EHPAD.	Article L311-3, 1° du CASF	Écart 16 : Les effectifs IDE et AS/AES de l'établissement ne sont pas suffisants pour permettre une prise en charge de qualité et garantissant la sécurité du résident selon les critères définis par l'ARS IDF dans le cadre de la contractualisation du CPOM.	1 mois
Inj 2 2.1-Fonctions support-Gestion des RH	Mettre en place une prise en charge continue permettant d'organiser la sécurité des résidents en matière de soins en : - Assurant une présence quotidienne d'IDE et d'ASDE permettant une prise en charge de qualité, - Assurant la présence d'IDE ou d'ASDE sur la tranche horaire 7h-8h. Transmettre aux autorités de tutelle les plannings des 3 prochains mois comportant la qualification de l'ensemble des personnels, y compris le personnel remplaçant.	Article L311-3, 1° et 3° du CASF.	Écart 18 : D'après les plannings transmis, les effectifs IDE limités et les instabilités dans les effectifs aides-soignants ne permettent pas de garantir qu'une prise en charge optimale et que la sécurité des résidents soit assurée Écart 21 : D'après les fiches de tâches et les plannings transmis, la mission ne peut établir la présence de personnel diplômé AS ou IDE dans l'EHPAD entre 7h et 8h du matin ce qui ne permet pas de garantir la continuité de la prise en charge des résidents.	1 mois



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



Prescriptions :

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Ref Rapport	Délai de mise en œuvre
Presc 1 1.1- Gouvernance- Conformité aux décisions de l'autorisation ou de la déclaration	Mettre en œuvre toutes les mesures permettant à l'établissement d'avoir un taux d'occupation égal ou supérieur à 95%. Transmettre un récapitulatif nominatif des demandes d'admission avec motifs de refus.	Article R314-160 du CASF et arrêté du 28 septembre 2017 relatif au seuil mentionné à l'article R.314-160.	Écart 1 : Le taux d'occupation des places en hébergement permanent est inférieur à 95%.	6 mois
Presc 2 1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	Rédiger et transmettre aux autorités de contrôle un plan bleu conforme à la réglementation comportant les procédures suivantes : • Procédure de gestion des décès massifs, • Procédure de préparation et de gestion d'une évacuation de l'établissement, • Procédure de mise en place d'un retour d'expérience (RETEX) et de mise à jour du plan bleu.	Articles L.311-3, D312-155-4-1 et D312-160 du CASF Arrêté du 7 juillet 2005 modifié	Écart 2 : Le plan bleu de l'établissement ne comporte pas de procédures en matière de gestion des décès massifs, de préparation et de gestion d'une évacuation de l'établissement ainsi que la procédure de mise en place d'un retour d'expérience (RETEX) et de mise à jour du plan bleu.	3 mois
Presc 3 1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	Transmettre aux autorités de contrôle l'attestation d'inscription à l'ordre des infirmiers de l'IDEC.	Article R4112-1 du CSP.	Écart 3 : L'établissement n'a pas transmis l'attestation d'inscription à l'ordre des infirmiers de l'IDEC.	1 mois

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

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



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Ref Rapport	Délai de mise en œuvre
Presc 4 1.3- Gouvernance- Animation et fonctionnement des instances	Améliorer le fonctionnement du CVS en : • Désignant d'autres membres que ceux du collège des résidents, des salariés et des familles conformément à la réglementation. • Précisant dans les comptes-rendus si les points à l'ordre du jour sont présentés pour avis du CVS ou pour information. • Assurant que les membres de la direction siègent avec une voix consultative. • Désignant le secrétaire de séance dans le compte-rendu. • Garantissant le rôle d'animation du CVS par son président et en retranscrivant ses interventions dans le compte-rendu. • Assurant la signature des comptes-rendus uniquement par le président du CVS. • Présentant un bilan annuel des dysfonctionnements et événements indésirables au sein de l'établissement au CVS, ainsi que les mesures correctrices, • Faisant signer le règlement intérieur par les membres du CVS. Transmettre aux autorités de contrôle les compte-rendu des CVS s'y rapportant.	Articles, D311-5, D311-9, D311-14, D311-17, D311-20 R331-10 du CASF	Écart 4 : La composition du CVS n'est pas conforme à la réglementation. Écart 5 : La mission ne peut s'assurer que les avis sont valablement émis. Écart 6 : La présence de membres de la direction sans précision des modalités d'expression. Écart 7 : Le secrétaire de séance n'est pas explicitement désigné et n'est pas mentionné dans le compte-rendu. Écart 8 : Le rôle d'animation du président et l'expression des différents membres n'apparaissent pas dans les comptes-rendus. Écart 9 : Les comptes-rendus sont signés de la directrice. Écart 10 : Les SIG et actions correctrices s'y rapportant ne sont pas présentés systématiquement au CVS.	3 mois



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Ref Rapport	Délai de mise en œuvre
Presc 5 1.4- Gouvernance- Gestion de la qualité	Procéder à une évaluation de l'établissement selon le calendrier fixé par les autorités de contrôle et transmettre les résultats.	Article D312-204 du CASF	Écart 11 : La précédente évaluation externe a dix ans et la mission de contrôle ne dispose pas des résultats de la dernière évaluation.	1 mois
Presc 6 1.4- Gouvernance- Gestion de la qualité	Développer la démarche qualité et formaliser la politique de bientraitance notamment les actions de lutte contre la violence au sein de l'établissement en : • (1) Déclinant plus en détail la politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance dans le projet d'établissement et en assurant le suivi de sa mise en place par des outils dédiés dont le plan d'amélioration continue de la qualité ; • (2) Rédigeant et transmettant les documents relatifs à la gestion des situations de violence et de harcèlement sexuels ; • (3) Formant l'ensemble du personnel à la promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance ; • (4) Se dotant d'une structure de suivi de la qualité ; • (5) Formalisant et en diffusant auprès des personnels les fiches de signalement de faits de maltraitance, de violence et pour l'accompagnement bientraitant des résidents. Transmettre tous les documents mis à jour, le document de suivi de la politique qualité mis en	Articles L119-1, L311-3, 1° et L331-8-1 du CASF Circulaire du 20 février 2014 et de l'instruction DGAS/2A N°2007-112 du 22 mars 2007.	Écart 12 : La politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance n'est pas clairement formalisée et ne permet d'affirmer qu'elle est opérationnelle dans l'établissement. Écart 13 : L'établissement ne dispose de procédures concernant les situations violence ou de harcèlement sexuels. Écart 17 : Le faible nombre de personnes formées en 2023 et 2024 à la bientraitance et à la prévention de la maltraitance, ne garantit pas une bonne sensibilisation des professionnels à ces thématiques, Remarque 3 : L'établissement ne s'est pas doté d'un véritable plan d'amélioration continue de la qualité ni d'une structure de suivi de la qualité. Remarque 4 : La promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance est déclinée en actions non opérationnelles et non incluses dans le Plan d'Amélioration Continue de la Qualité ce qui ne permet pas leur effectivité. Remarque 5 : L'établissement a transmis une fiche de signalement des faits de	(1) : 3 mois (2) : 1 mois (3) : 3 mois (4) : 6 mois (5) : 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



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Ref Rapport	Délai de mise en œuvre
	place et les feuilles d'émargement des formations bientraitance aux autorités de contrôle.		maltraitance ou de violence non finalisée, celle-ci n'est donc pas opérationnelle. Remarque 6 : L'établissement a transmis une fiche d'accompagnement bientraitant du résident en EHPAD, cette fiche ne contient pas les modalités de diffusion d'appropriation par les équipes.	
Presc 7	1.5- Gouvernance- Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Arrêté du 28/12/2016 modifié Article L331-8-1 du CASF	Écart 14 : L'établissement ne déclare pas l'ensemble des dysfonctionnements et événements relevant de l'arrêté du 28/12/2016 modifié. Écart 15 : Les EIG ne sont pas déclarés à l'ARS Île-de-France. Remarque 7 : Les fiches de procédure traitant de la gestion des plaintes et réclamations, de la gestion des événements indésirables simples et à déclaration obligatoire dans l'établissement sont incomplètes. Remarque 10 : La distinction entre réclamation et événement indésirable à déclaration obligatoire n'est pas faite dans le registre tenu par l'établissement Remarque 11 : La fiche de traitement des EIG n'est pas cohérente dans le déroulement de leur traitement et contient des erreurs. Remarque 12 : L'établissement n'a pas mis en place en 2024 un suivi et un bilan des EIG	3 mois

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Ref Rapport	Délai de mise en œuvre
	des professionnels ainsi qu'un document de suivi et de déclaration des événements indésirables survenus dans l'établissement.		dans le cadre d'une démarche d'amélioration de la qualité. Remarque 13 : Les fiches de procédure ne mentionnent pas explicitement la possibilité de faire un signalement au procureur. Remarque 16 : Les documents transmis concernant la formation des personnels ne présentent aucune formation réalisée sur la gestion des EI/EIG ce qui ne participe pas à l'exhaustivité des déclarations qui auraient dues être faites aux autorités de contrôle.	
Presc 8	2.1-Fonctions support- Gestion des RH Revoir et préciser les tâches assurées par les auxiliaires de vie (ADV) afin d'éviter les glissements de tâches en : • Révisant les fiches de tâches ADV pour assurer qu'elles n'effectuent que des actes de changes relevant d'aide à la vie courante et pas d'actes de soins ne relevant pas de leur compétence, • Indiquant sur les fiches de tâches heures ADV que la distribution des compléments alimentaires doit faire l'objet d'une traçabilité auprès de l'IDE dès leur prise par le résident Transmettre aux autorités de contrôle les fiches de tâches mises à jour.	Articles L311-3, 1° et 3° du CASF. Articles R4311-4 et R4311-7 11° du CSP.	Écart 19 : Les fiches de tâches transmises ne définissent pas quels types de changes peuvent faire les ADV alors que les changes ne relevant pas de l'aide à la vie courante constituent des actes de soin qui nécessitent à minima d'être fait en collaboration avec des personnels diplômés AS. Cela constitue donc un risque de glissement de tâches ne permettant pas de garantir une prise en charge sécurisée du résident. Écart 20 : Les auxiliaires de vie participent à la pose de bas de contention qui sont des actes infirmiers qui ne peuvent être délégués qu'aux aides-soignants. Remarque 19 : Il n'est pas précisé dans la fiche de tâches des ADV jour que la distribution des compléments alimentaires doit être rapportée à l'IDE et tracée sur le logiciel de soins.	1 mois



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
Presc 9	3.1-Prise en charge-Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Article D312-158 du CASF	Remarque 20 : Le terme « soins » est employé sans distinction dans les fiches de tâches des aide-soignant et auxiliaire de vie alors que ces personnels n'assurent pas les mêmes missions. Écart 22 : Le médecin coordonnateur n'a pas rendu d'avis sur toutes les admissions en 2023.	1 mois
Presc 10	3.1-Prise en charge-Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Article L311-3, 1° du CASF	Écart 23 : 42 résidents sur 79 ont un projet personnalisé qui date de plus d'un an au jour du contrôle ce qui ne permet pas d'assurer l'individualisation de leur prise en charge.	6 mois
Presc 11	3.8-Prise en charge-Soins	Article L311-3, 1° du CASF	Écart 24 : La procédure transmise indique que les AMP et AES peuvent distribuer des médicaments alors que ces personnels ne sont habilités qu'à l'administration des médicaments « acte à la vie courante » ce qui peut entraîner un risque pour la prise en charge des résidents.	1 mois



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



Recommandations :

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Ref Rapport
Reco 1 1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	Compléter le projet d'établissement pour inclure des éléments sur l'élaboration des projets individuels de vie des résidents et leur personnalisation.	Remarque 1 : Le projet d'établissement n'aborde pas l'élaboration des projets individuels de vie (PVI) des résidents et leur personnalisation.
Reco 2 1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	Compléter la fiche de procédure d'organisation des astreintes.	Remarque 2 : La fiche de procédure d'organisation de la permanence des responsables et d'astreinte est incomplète.
Reco 3 1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	Transmettre les fiches d'émargement des sessions de présentation des fiches génériques au personnel de l'EHPAD.	Remarque 8 : L'établissement n'a transmis aucun élément permettant de savoir comment les fiches de procédure génériques sont déclinées auprès du personnel de l'EHPAD.
Reco 4 1.4-Gouvernance-Gestion de la qualité	Revoir le logigramme de gestion des plaintes et réclamations pour agrandir les champs des événements pouvant être remontés par les familles et résidents.	Remarque 9 : Le logigramme de la fiche de gestion des plaintes et réclamations ne favorise pas la prise en compte des dysfonctionnements et insatisfactions au niveau du fonctionnement global dans leur traitement.
Reco 5 2.1-Fonctions support- Gestion des RH	Assurer la conformité des ETP des personnels entre les documents RH ainsi que le rattachement des personnels auxiliaires de vie et AMP dans les bons effectifs de l'établissement.	Remarque 14 : Les ETP indiqués pour le médecin coordonnateur et le médecin prescripteur ne sont pas les mêmes entre les documents transmis. Remarque 15 : Les auxiliaires de vie et aides médico-psychologique sont considérées comme du personnel d'hôtellerie dans le tableau des ETP.
Reco 6 2.1-Fonctions support- Gestion des RH	Prévoir un accompagnement par un pair pour les nouveaux professionnels intégrant l'établissement et formaliser un livret d'accueil qui présente notamment l'EHPAD et son fonctionnement, le circuit de déclaration des événements indésirables et les personnels référents de la structure.	Remarque 17 : Les documents transmis ne constituent pas un document d'accueil complet pour l'intégration des nouveaux personnels et ne permettent pas à la mission d'apprécier la période d'accompagnement par un pair des nouveaux professionnels en CDD long/CDI



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réf Rapport
Reco 7 2.1-Fonctions support- Gestion des RH	Mettre à jour les plannings de soin de l'établissement pour s'assurer que seuls les personnels rattachés à l'équipe de soins soient indiqués.	Remarque 18 : Le planning de l'équipe soignante inclut l'animatrice.
Reco 8 2.1-Fonctions support- Gestion des RH	Mettre à jour la procédure pour retirer les familles des remplaçants potentiels en cas d'absence de personnel.	Remarque 21 : Les familles sont citées comme remplaçants dans la procédure de remplacement
Reco 9 3.2-Prise en charge- Respect des droits et des personnes	Mettre en place une analyse de la pratique des contentions dans le RAMA de l'établissement.	Remarque 22 : Le RAMA 2023 ne présente pas le détail des contentions prescrites dans l'établissement.

