



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



**Cabinet du Directeur général
Inspection régionale autonomie santé**

Monsieur Bernard JAMGOTCHIAN
Président
Association arménienne d'aide sociale
77 rue La Fayette
75009 PARIS



Lettre recommandée avec AR
N° 2C 192 926 0469 8

Saint-Denis, le

Références : 2025_IDF_00099

Objet : Lettre de décisions - Inspection de suites du 11 septembre 2025 au sein de l'EHPAD L'EGLANTIER.

Monsieur le Président,

A la suite du contrôle sur pièces effectué au sein de l'EHPAD L'EGLANTIER, je vous ai notifié par courrier du 13 août 2024, 5 injonctions, 12 prescriptions et 5 recommandations. Il vous appartenait de remédier aux dysfonctionnements relevés et de mettre en œuvre les mesures correctrices permettant de répondre aux injonctions et prescriptions dans les délais notifiés.

En l'absence de réponse de votre part, une nouvelle inspection de suites a eu lieu au sein de la structure le 11 septembre 2025 sur le fondement de l'article L.313-13-V° du Code de l'action sociale et des familles (CASF), afin de vérifier l'effectivité de la mise en œuvre de ces mesures. Vous trouverez en pièce jointe à ce courrier, le rapport qui m'a été remis à l'issue de ce contrôle.

Certaines mesures correctrices notifiées le 13 août 2024 ont été mises en œuvre :

- I3 : recrutement d'un médecin coordonnateur (medco) par le biais d'un prestataire de télé coordination pour un temps de coordination médicale dédiée à l'établissement à hauteur de [REDACTED] ETP ;
- I4 : Elaboration d'un plan de qualification des agents de soins faisant fonction d'aide-soignant, affectés aux soins ;
- P4 : Règlement de fonctionnement mis à jour ;
- P9 : Elaboration du rapport d'activité de 2024 du conseil de la vie sociale ;
- P11 : Réunion de la commission de coordination gériatrique corrélativement au recrutement du médecin coordonnateur ;
- P12 : Conformité réglementaire des contrats de séjour ;
- R2 : Elaboration d'une procédure d'accueil du nouveau salarié ;
- R3 : Développement d'un dispositif de gestion des risques.

Cependant, plusieurs autres mesures n'ont pas été mises en œuvre ou restent insuffisantes pour répondre pleinement aux exigences réglementaires et garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents. Les non-conformités suivantes persistent malgré les délais qui vous avaient été octroyés pour y remédier :

- I1/P2/P3 : PASA : absence d'un professionnel requis par la réglementation (psychomotricien ou ergothérapeute), de protocole de gestion des troubles du comportement ;
- I2 : Absence de qualification du directeur en poste depuis 15 ans dans l'établissement et ce, malgré les constats opérés par les deux missions d'inspections précédentes (2016 et 2024) ;
- I5 : Non réorganisation de l'affectation des effectifs d'AS/AES par étage afin de garantir la sécurité et la qualité de la prise en charge des résidents et assurer de meilleures conditions de travail pour les agents ;

- P1 : Un taux d'occupation des places en hébergement permanent inférieur au seuil réglementaire ;
- P5/P6/P8 : Projet d'établissement, plan bleu et règlement intérieur du conseil de la vie sociale non actualisés et ne respectant pas la réglementation en vigueur ;
- P7 : Insuffisance du temps de coordination médicale (■■■ ETP) par rapport aux exigences réglementaires (■■■ ETP) ;
- P10 : L'affectation persistante dans les effectifs de soins de personnel ne disposant pas des qualifications requises.

Je note que l'établissement est engagé dans un programme pluriannuel d'investissements pour la rénovation des chambres dont les travaux devraient s'achever prévisionnellement en mai 2026. L'établissement a neutralisé de fait 10 chambres, fonctionnant à taux plein sur 69 places d'hébergement permanent (vs 79 places autorisées).

Les constats relevés par mes services lors de la visite et les échanges qui m'ont été rapportés démontrent que l'établissement rencontre de nombreuses difficultés pour se mettre en conformité réglementaire et ce, malgré une volonté réelle du directeur et de son équipe d'y remédier.

Nonobstant cet état de fait, les mesures rectificatives mises en œuvre permettent de retirer 2 injonctions, 4 prescriptions et 2 recommandations. Néanmoins, d'autres mesures, dont 3 injonctions et 10 prescriptions, n'ont toujours pas fait l'objet de mesures correctrices lors de la visite sur site le 11 septembre 2025 et ce malgré les différentes échéances dont a bénéficié l'établissement pour y remédier.

Aussi, compte tenu de cette situation, je décide une dernière fois de prolonger le délai de mise en œuvre des mesures correctrices des injonctions et des prescriptions, détaillées en annexe 1, et, en application de l'article L313-14 du CASF, vous enjoins d'y remédier d'ici le mois de mai 2026, date prévisionnelle de la fin des travaux engagés dans l'établissement.

Il vous appartient donc de prendre contact avec la Délégation départementale du Val-d'Oise (ars-dd95-inspections@ars.sante.fr) de l'ARS avant l'échéance de ce délai pour apporter les documents de preuves justifiant la cessation des dysfonctionnements constatés et l'effectivité des mesures mises en œuvre.

Je vous informe dès à présent que si les mesures rectificatives ne sont pas effectives en mai 2026, je suis susceptible d'engager les suites prévues aux articles L313-14, L.313-16 et L.313-17 du code de l'action sociale et des familles, notamment, une sanction financière, la suspension des admissions et/ou la mise sous administration provisoire car il est impératif que la mise en conformité réglementaire soit effective avant cette échéance, pour garantir une prise en charge sécurisée et qualitative des résidents présents et futurs.

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>.

Mes services se tiennent à votre disposition pour toute information complémentaire.

Je vous d'agréer, Monsieur le président, l'expression de ma considération distinguée.

Le Directeur général
de l'Agence régionale de santé
Île-de-France

[SignatureField#1]

Copie :
Monsieur Raffi GARABEDIAN
Directeur
EHPAD L'Eglantier
7 Rue de l'Églantier
95500 GONESSE



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



Annexe : Décisions faisant suite à l'inspection réalisée le 11 septembre 2025 au sein de l'EHPAD L'Eglantier (n°FINESS ET 950806331), 95500 GONNESSE.

Injonctions :

DECISIONS NOTIFIEES SUITE A L'INSPECTION			Textes de référence	CONSTATS REALISES SUITE AU CONTROLE	
N°	Injonctions notifiées	D é l a i d e Mise en œuvre		Constats effectués lors de la visite de vérification	Statut de la décision (Levée ou maintenue)
1	Etablir et mettre en œuvre un protocole pour la gestion des troubles du comportement et le suivi de l'évolution des symptômes, garantissant ainsi une prise en charge efficace et évaluée dans le cadre du projet d'accompagnement et de soins des résidents du PASA.	1 an	D312-155-0-1, III, IV du CASF	Pour les constats détaillés : Cf rapport. Le PASA n'est pas conforme à la réglementation quant à l'exigence réglementaire suivante : - Il ne dispose pas de protocole de gestion des troubles du comportement essentiel pour garantir une prise en charge qualitative et sécurisée des résidents au PASA. La situation perdure depuis l'ouverture du PASA en 2018. Il est attendu la transmission du protocole demandé. L'établissement ne satisfait pas à l'injonction	L'injonction est maintenue Délai de mise en œuvre effective : mai 2026
2	Le directeur de l'EHPAD n'est pas titulaire d'une qualification de niveau 6 (anciennement II). Aussi en ne disposant pas d'un directeur titulaire d'une qualification de niveau 6. Transmettre tout justificatif d'inscription du directeur à une formation amenant à l'obtention d'une qualification de niveau 6 (anciennement II).	1 an	Article D 312-59-7 du CASF	Pour les constats détaillés : Cf rapport. Le directeur est en poste depuis 15 ans dans l'établissement et ne dispose toujours pas des qualifications réglementaires requises pour exercer les fonctions de directeur d'EHPAD et ce, malgré les constats opérés par les 2 missions d'inspections précédentes (2016 et 2024). La mission d'inspection était dans l'attente de la preuve d'inscription du directeur à une formation amenant à l'obtention d'une qualification de niveau 6 (anciennement II) et aucune pièce en ce sens n'a été transmise à la mission. Le directeur n'est donc pas engagé dans une VAE pour l'obtention d'une qualification de niveau 6. En affectant sur des fonctions de direction, un directeur n'ayant pas les qualifications réglementaires requises pour exercer ces fonctions et en laissant perdurer cette situation malgré l'injonction en ce sens qui lui a été notifiée par décision du DGARS le 13/08/2024, l'association gestionnaire ne satisfait pas à son obligation d'assurer sur la fonction de direction de	L'injonction est maintenue Délai de mise en œuvre effective : mai 2026

DECISIONS NOTIFIEES SUITE A L'INSPECTION			Textes de référence	CONSTATS REALISES SUITE AU CONTROLE	
N°	Injonctions notifiées	D é l a i d e Mise en œuvre		Constats effectués lors de la visite de vérification	Statut de la décision (Levée ou maintenue)
				L'EHAPD un directeur disposant d'un des diplômes réglementaires mentionnées à l'article D312-176-6 du CASF et par conséquent contrevient à cet article. Il est demandé à l'association de tout mettre en œuvre afin de s'assurer que le directeur en poste s'engage et suive une formation qualifiante de niveau 6 pour l'obtention d'un des diplômes mentionnés aux articles D.312-176-6 et 7 du CASF ; et qu'il dispose des moyens pour y arriver. La direction doit être réorganisée par conséquent, pour permettre au directeur de se former. L'établissement ne satisfait pas à l'injonction A) Transmettre toutes preuves précisant la nouvelle organisation de la fonction de direction qui sera mise en place selon les périodes de formation du directeur B) Transmettre une copie du diplôme ou une attestation de réussite à la formation qualifiante	
3	L'établissement ne dispose d'aucun temps de MEDCO, et ce depuis plus de 2 ans ; ce qui contrevient à l'article D312-155-0, II du CASF. Transmettre les preuves de publication d'annonce de recrutement d'un médecin coordonnateur (journaux, France travail, internet...).	1 mois	D312-155-0, II du CASF et D312-156 du CASF	Pour les constats détaillés : Cf rapport. Un médecin coordonnateur (medco) a été recruté par le biais d'un prestataire de télé coordination pour un temps de coordination médicale dédiée à l'établissement à hauteur de ■■■ ETP. L'injonction portant uniquement sur les preuves de publication d'annonce de recrutement d'un medco, ces preuves ayant été transmises, l'établissement satisfait à l'injonction	Injonction levée
4	L'établissement affecte à la prise en charge des soins des résidents un total de 3 ETP d'AGS faisant fonction d'AS et d'AES. Ces agents ne sont pas qualifiés à la prise en charge des soins des résidents, car leur fonction ne fait pas partie de l'équipe pluridisciplinaire décrite à l'article D. 312-155-0, II du CASF. Transmettre à l'autorité de contrôle et de tarification, un plan d'action de qualification en AS/AES des personnels AGS affectés aux soins.	3 mois	L311-3 1°, 3° D312-155-0, II, D451-88 du CASF et L4391-1 du CSP	Le plan de qualification transmis pour l'inspection du 11/09/2025 a été mis à jour à la suite des échanges avec la direction. L'établissement satisfait à l'injonction	Injonction levée
5	Renforcer les étages 3, 4 et 5 en s'assurant de la présence d'au moins 2 AS/AES à chacun de ses étages. Transmettre à l'autorité de contrôle et de tarification, toute preuve de la présence pérenne d'au moins 2 AS/AES à chaque étage des étages 3, 4 et 5.	1 an	L311-3, 1° et 3° du CASF	Pour les constats détaillés : Cf rapport. La répartition des aides-soignants sur les étages 3, 4, et 5 reste identique à celle constatée lors de l'inspection du 14/06/2024.	Injonction maintenue

DECISIONS NOTIFIEES SUITE A L'INSPECTION			Textes de référence	CONSTATS REALISES SUITE AU CONTROLE	
N°	Injonctions notifiées	D é l a i d e Mise en œuvre		Constats effectués lors de la visite de vérification	Statut de la décision (Levée ou maintenue)
				En justificatif de cette organisation, l'établissement précise que la charge en soins et dépendance des résidents de ces 3 étages ne nécessite pas la présence de 2 AS/AES par étage. Or, l'établissement n'ayant transmis à la mission aucun justificatifs de ces dires et de la situation des résidents dans ces étages, elle n'est pas en mesure de le constater, par conséquent, de s'assurer que ces résidents sont pris en charge par un nombre de soignants en adéquation avec leurs besoins. L'établissement ne satisfait pas à l'injonction Transmettre à l'autorité de contrôle et de tarification le plan de soins anonymisé des résidents des étages 3, 4 et 5 permettant d'évaluer la charge en soins et dépendance.	Délai de mise en œuvre effective : mai 2026

Prescriptions :

DECISIONS NOTIFIEES SUITE A L'INSPECTION				CONSTATS REALISES SUITE AU CONTROLE	
N°	Prescriptions notifiées	Délai de mise en œuvre	Textes de référence	Constats effectués lors de la visite de vérification	Statut de la décision (Levée ou maintenue)
1	Atteindre un taux d'occupation annuel de 95 %. Mesure en cours de mise en œuvre Transmettre à l'autorité de contrôle et de tarification toutes preuves pro	1er janvier 2025	R314-160 du CASF et à l'arrêté du 28 septembre 2017	Pour les constats détaillés : Cf rapport. L'établissement est engagé dans un PPI pour le financement de travaux d'agrandissement des chambres induisant de fait, une sous-activité prévisionnelle de 10 lits de mai 2025 à avril 2026. Il est néanmoins à 100% du taux d'occupation sur 69 places. L'établissement ayant suspendu les admissions de nouveau résident en raison des actuels travaux qui s'achèveront prévisionnellement en mai 2026, il conviendra de vérifier que l'établissement accueille à nouveaux des résidents et que son taux d'occupation atteigne le seuil réglementaire sur la totalité des places autorisées en HP (79) avant la fin du semestre 2026. Pour ces raisons, l'établissement ne satisfait pas à la prescription.	Prescription maintenue Délai de mise en œuvre effective : mai 2026

DECISIONS NOTIFIEES SUITE A L'INSPECTION				CONSTATS REALISES SUITE AU CONTROLE	
N°	Prescriptions notifiées	Délai de mise en œuvre	Textes de référence	Constats effectués lors de la visite de vérification	Statut de la décision (Levée ou maintenue)
2	Recruter le personnel requis par la réglementation pour le fonctionnement du PASA : un psychomotricien ou un ergothérapeute.	4 mois	D312-155-0-1, IV du CASF	Pour les constats détaillés : Cf rapport. En plus de la non-conformité constatée en injonction n°1, le PASA ne dispose pas du personnel requis pour son fonctionnement par rapport au personnel budgété (-0,8 ETP d'ASG) et ne dispose toujours pas de psychomotricien ou d'ergothérapeute malgré les démarches entreprises par l'établissement. Nonobstant ces démarches et les constats de l'injonction n°1, le PASA n'est pas conforme à la réglementation et ne fonctionne pas comme il devrait pour garantir une prise en charge qualitative et sécurisée des résidents, exposant l'établissement à un retrait de son autorisation. L'établissement doit tout mettre en œuvre pour recruter un psychomotricien ou un ergothérapeute (salarié, libéral, sortie d'école...) L'établissement ne satisfait pas à la prescription	Prescription maintenue Délai de mise en œuvre effective : mai 2026
3	Dans la perspective du recrutement d'un psychomotricien ou d'un ergothérapeute pour le PASA, transmettre à l'autorité de contrôle et de tarification les preuves de publication d'annonce de recrutement (journaux, France travail...).	1 mois	D312-155-0-1, IV du CASF	Cf prescription n°2 Transmettre à l'autorité de contrôle et de tarification toutes documents justifiants des démarches de recrutement entreprise par l'établissement pour mettre le PASA en conformité réglementaire (prise de rendez-vous avec un organisme de formation, contrat de travail). L'établissement ne satisfait pas à la prescription	Prescription maintenue Délai de mise en œuvre effective : mai 2026
4	Réactualiser le règlement de fonctionnement. Mesure en cours de mise en œuvre Transmettre à l'autorité de contrôle et de tarification, le règlement de fonctionnement actualisé, daté et signé par le président du CVS.	1 mois suivant sa validation au prochain CVS de 2024.	L311-7 du CASF	Le règlement de fonctionnement transmis a été présenté au conseil de la vie social dans sa séance du 9/08/2024, daté et signé par la présidente du CVS le même jour. L'établissement satisfait à la prescription	Prescription levée
5	Réviser le projet d'établissement afin de le conformer aux dispositions réglementaires en vigueur. Transmettre à l'autorité de contrôle et de tarification, le projet d'établissement révisé, daté et signé par le président du CVS.	1 mois suivant sa validation au prochain CVS de 2024.	D311-38-3 à D311-38-5 du CASF	Pour les constats détaillés : Cf rapport. Malgré les efforts de mise en conformité par rapports aux manquements constatés lors de l'inspection de 2024, le projet d'établissement transmis n'est toujours pas conforme aux articles D311-38-3 à D311-38-5 du CASF. En effet, il manque une section dédiée à la prévention et à la lutte contre la maltraitance, précisant : les moyens de repérage, les modalités de signalement (procédure, référent, délais...), les modalités de traitement, la réalisation d'un bilan annuel et de désigner explicitement la personne qualifiée (autorité extérieure) et expliquer comment les résidents peuvent la saisir.	Prescription partiellement maintenue. Délai de mise en œuvre effective : mai 2026

DECISIONS NOTIFIEES SUITE A L'INSPECTION				CONSTATS REALISES SUITE AU CONTROLE	
N°	Prescriptions notifiées	Délai de mise en œuvre	Textes de référence	Constats effectués lors de la visite de vérification	Statut de la décision (Levée ou maintenue)
				L'établissement a procédé à la validation et à la signature du projet d'établissement comme demandé mais des non-conformités persistent aussi il ne satisfait que partiellement à la prescription	
6	Réviser le plan bleu afin de le conformer aux dispositions réglementaires en vigueur. Mesure en cours de mise en œuvre Transmettre à l'autorité de contrôle et de tarification, le plan bleu révisé	1 mois	R311-38-1 et R311-38-2 du CASF	Pour les constats détaillés : Cf rapport. Le plan bleu est toujours en cours de révision. Il n'est donc toujours pas conforme à la réglementation. L'établissement ne satisfait pas à la prescription.	Prescription maintenue. Délai de mise en œuvre effective : mai 2026
7	Assurer dans l'établissement un temps de coordination médicale à hauteur de 0,60 ETP conformément au capacitaire de l'établissement. En lien avec Injonction n°3	9 mois	D312-155-0, II du CASF et D312-156 du CASF	Un médecin coordonnateur (medco) a été recruté par le biais d'un prestataire de télé coordination pour un temps de coordination médicale dédiée à l'établissement à hauteur de ■■■ ETP. Les non-conformités réglementaires sont constatées : - Le temps de coordination médical est non conforme à la réglementation qui impose un temps de coordination à hauteur de ■■■ ETP selon capacitaire de l'établissement, ce qui contrevient à l'article D312-156 du CASF ; - Le contrat de travail du medco ne formalise pas les missions réalisées en télé coordination et celles réalisées en présentiel, ni les modalités de mise en œuvre de ces dernières. Cette situation ne permet donc pas d'identifier la qualité de la coordination médicale et de fait, la sécurité de la prise en charge des résidents, ce qui contrevient aux articles D312-155-0, II du CASF et L311-3 al1° et 3° du CASF. Il est rappelé à l'établissement que la télé coordination est un dispositif transitoire, aussi, il est attendu le recrutement d'un medco en présentiel dans l'établissement. Par conséquent, l'établissement doit tout mettre en œuvre pour recruter un médecin coordonnateur en présentiel à ■■■ ETP et en attendant, procéder à l'augmentation du temps de télé coordination avec le prestataire conformément à la réglementation. L'établissement a recruté un medco mais des non-conformités persistent aussi il ne satisfait que partiellement à la prescription Transmettre tous documents probants en ce sens	Prescription partiellement maintenue. Délai de mise en œuvre effective : mai 2026
8	Conformer la composition, le fonctionnement et les missions du CVS avec la réglementation en vigueur.	1 mois suivant sa validation au prochain CVS de 2024.	D311-4 à D311-20 du CASF	Malgré les efforts de mise en conformité par rapports aux manquements constatés lors de l'inspection de 2024, le règlement intérieur du CVS n'est toujours pas conforme à la réglementation. L'établissement ne satisfait pas à la prescription.	Prescription maintenue. Délai de mise en œuvre effective : mai 2026

DECISIONS NOTIFIEES SUITE A L'INSPECTION				CONSTATS REALISES SUITE AU CONTROLE	
N°	Prescriptions notifiées	Délai de mise en œuvre	Textes de référence	Constats effectués lors de la visite de vérification	Statut de la décision (Levée ou maintenue)
	Transmettre à l'autorité de contrôle et de tarification, le règlement intérieur du CVS conforme, daté et signé par le président du CVS.				
9	Transmettre à l'autorité de contrôle et de tarification le rapport d'activité de 2023 du CVS, daté et signé par le président du CVS. Mesure en cours de mise en œuvre	1 mois suivant sa validation au prochain CVS de 2024.	D311-20 du CASF	Documents transmis et réponse de l'établissement suffisamment probants L'établissement satisfait à la prescription	Prescription levée
10	Assurer dans les effectifs soignants la présence de personnels disposant des qualifications requises pour la prise en charge des résidents : qualifier les personnels non qualifiés affectés aux soins. Mesure en cours de mise en œuvre Transmettre à l'autorité de contrôle et de tarification toutes preuves probantes.	2 ans	L311-3 1°, 3° D312-155-0, II, D451-88 du CASF et L4391-1 du CSP	L'établissement affecte toujours des AGS à la prise en charge des soins des résidents au détriment de la sécurité et la qualité des soins ce qui constituent un risque pour la prise en charge des résidents de l'EHPAD et fait perdurer un exercice illégal d'une profession réglementée. Compte tenu de ce qui précède, il est demandé à l'établissement, comme il leur a été dit le jour de l'inspection, de se mettre en conformité avec la réglementation en : A) Changer d'affectation les AGS qui ne souhaitent pas procéder à leur qualification au diplôme d'AS/AES Transmettre à l'autorité de contrôle et de tarification : - Courrier de la direction signé par les parties prenantes précisant leur changement d'affectation, - Les plannings novembre et décembre 2025 B) Remplacer ces personnels afin de respecter la maquette organisationnelle des soins définie par l'établissement (7 AS/jour et 3 AS/nuit ; 365 j/an) C) Recruter en contrat pérenne (CDI/CDD long) ■ ETP d'AS/AES Transmettre toutes preuves probantes des démarches entreprises par l'établissement en ce sens L'établissement ne satisfait pas à la prescription	Prescription maintenue. Délai de mise en œuvre effective : mai 2026
11	Réunir la commission de coordination gériatrique corrélativement au recrutement du médecin coordonnateur.	3 mois après le recrutement du MEDCO	D312-158, 3° du CASF	Une commission de coordination gériatrique (CCG) s'est tenue en mai 2025.	Prescription levée

DECISIONS NOTIFIEES SUITE A L'INSPECTION				CONSTATS REALISES SUITE AU CONTROLE	
N°	Prescriptions notifiées	Délai de mise en œuvre	Textes de référence	Constats effectués lors de la visite de vérification	Statut de la décision (Levée ou maintenue)
	Transmettre l'ordre du jour de la commission de coordination gériatrique signée par le médecin chargé de la coordination médicale.			L'établissement satisfait à la prescription	
12	Actualiser l'ensemble des contrats de séjour des résidents afin qu'ils soient en conformité avec les exigences réglementaires en vigueur (Cf. rapport). Mesure en cours de mise en œuvre Transmettre à l'autorité de contrôle et de tarification toutes preuves probantes.	1 an	D311 du CASF	Le modèle de contrat de séjour transmis et l'examen d'un échantillon de contrats de séjour de résidents le jour de l'inspection montrent leur conformité à la réglementation. L'établissement satisfait à la prescription	Prescription levée

Recommandations :

DECISIONS NOTIFIEES SUITE A L'INSPECTION		CONSTATS REALISES SUITE AU CONTROLE	
N°	Recommandations notifiées	Constats effectués lors de la visite de vérification	Statut de la décision (Levée ou maintenue)
1	Dans la perspective de la signature prochaine de son CPOM, la mission invite l'établissement à engager une réflexion sur le recrutement en contrat pérenne (CDI ou CDD long) des 3,7 ETP manquants d'AS/AES.	Pour les constats détaillés : Cf rapport. Depuis l'inspection du 14 juin 2024, l'établissement a engagé des efforts pour réduire le sous-effectif de personnel soignant (AS/AES/AMP). Cette amélioration, notamment grâce à la qualification récente d'un AGS en tant qu'aide-soignant, témoigne d'une volonté d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des résidents. La réduction temporaire du nombre de résidents liée aux travaux d'agrandissement permet une certaine souplesse dans la gestion des effectifs. Néanmoins, la réouverture des chambres prévue en mai 2026 imposera un ajustement des ressources humaines en cohérence avec la dotation soins allouée. La réflexion engagée par l'établissement sur la situation des effectifs nécessite d'être poursuivie.	Recommandation maintenue
2	Formaliser une procédure d'accueil du nouveau personnel.	Document transmis probant	Recommandation levée

	DECISIONS NOTIFIEES SUITE A L'INSPECTION	CONSTATS REALISES SUITE AU CONTROLE	
N°	Recommandations notifiées	Constats effectués lors de la visite de vérification	Statut de la décision (Levée ou maintenue)
3	Etablir un système de gestion des risques.	Pour les constats détaillés : Cf rapport. L'établissement s'est saisi des constats observés par la mission d'inspection et par l'organisme évaluateur ayant évalué l'établissement en début d'année 2025, pour développer un dispositif de gestion des risques qui devrait être un réel levier d'amélioration continue de la qualité de l'établissement. Cette dynamique sera suivie dans le cadre du plan d'actions qui doit découler de l'évaluation externe de l'établissement et qui sera transmis aux autorités de contrôle et de tarification (cf rapport d'évaluation).	Recommandation levée
4	Former l'ensemble du personnel à la procédure de déclaration des événements indésirables.	Pour les constats détaillés : Cf rapport. L'établissement a formalisé un dispositif de gestion des risques (cf : recommandation n°3), mais en l'absence de formation du personnel sur le dispositif et par conséquent l'absence de diffusion en interne, des procédures de déclaration des EI/EIG/EIGS, la mission considère qu'il n'est pas opérationnel.	Recommandation maintenue