

Cabinet du Directeur général
Inspection régionale autonomie santé

**Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
(EHPAD) L'Eglantier**

ASSOCIATION ARMENIENNE D'AIDE SOCIALE

7 Rue de l'Eglantier, 95500 GONESSE

N° FINESS : 950806331

RAPPORT DE SUITE D'INSPECTION

2025_IDF_00099

Contrôle sur site le 11 septembre 2025

Mission conduite par :

- [REDACTED] inspectrice de l'action sanitaire et sociale, coordonnatrice de la mission d'inspection, Inspection régionale autonomie santé, ARS Ile-de-France ;
- [REDACTED], inspectrice de l'action sanitaire et sociale, Inspection régionale autonomie santé, ARS Ile-de-France.

Textes de référence

Article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles
Article L.1421-1 à L.1421-3 du Code de la santé publique
Article L.1435-7 du Code de la santé publique
Article L.133-2 du Code de l'action sociale et des familles

Sommaire

1	Rappel du contexte de la mission d'inspection	3
1.1	Le contrôle sur pièces du 14 juin 2024.....	3
1.2	La mission d'inspection du 11 septembre 2025.....	3
1.3	Présentation de l'établissement	4
2	Vérification de la mise en œuvre des mesures : mesures notifiées par courrier en date	
	du 13 Août 2024	7
2.1	INJONCTIONS.....	7
2.2	PRESCRIPTIONS.....	14
2.3	RECOMMANDATIONS.....	26
3	Conclusion.....	25
4	Annexes	27
5	Liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport	31

1 Rappel du contexte de la mission d'inspection

1.1 Le contrôle sur pièces du 14 juin 2024

Dans le cadre du plan national d'inspection et de contrôle des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), un contrôle sur pièces de l'EHPAD L'Eglantier (N°FINESS 950806331) a été réalisé le 14 juin 2024 par l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France (ARS).

Au terme de la procédure contradictoire, le courrier de décisions adressé à l'association gestionnaire le 13 août 2024 comportait cinq injonctions, douze prescriptions et quatre recommandations portant notamment sur :

- Le projet d'accompagnement et de soins des résidents du PASA (injonction) ;
- L'absence de qualification du directeur de l'établissement (injonction) ;
- Le recrutement d'un médecin coordonnateur conformément au capacitaire de l'établissement (prescription) et toutes preuves de démarche de recrutement en ce sens (injonction) ;
- La qualification des personnels affectés aux soins des résidents (prescription) et la transmission d'un plan de qualification de ces personnels (injonction) ;
- La 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 d'assurer de meilleures conditions de travail pour les agents (injonction) ;
- L'absence du personnel requis pour le PASA (psychomotricien ou ergothérapeute) (prescription) ;
- La réactualisation du règlement de fonctionnement, du projet d'établissement et du plan bleu (prescription) ;
- L'élaboration du règlement intérieur et du rapport d'activité du Conseil de la Vie Sociale (prescription) ;
- L'organisation de la commission de coordination gériatrique dès le recrutement d'un médecin coordonnateur (prescription) ;
- L'actualisation des contrats de séjour des résidents (prescription) ;

1.2 La mission d'inspection du 11 septembre 2025

Une mission d'inspection a été réalisée sur site, le 11 septembre 2025 sur le fondement des articles L. 313-13-V et du L. 313-14 du CASF. Elle avait pour objectifs de vérifier la mise en œuvre des mesures correctrices afférentes aux décisions notifiées par courrier en date du 13 août 2024.

La composition de la mission figure sur la page de garde du rapport et dans la lettre de mission en **annexe 1**.

La liste des documents demandés et le relevé des documents transmis figurent en **annexe 2**.

L'équipe de contrôle a procédé à l'examen de documents sur pièces et sur place dans les locaux de l'EHPAD le 11 septembre 2025. A cette occasion, elle a rencontré le directeur de l'établissement et mené des entretiens avec la cadre de santé, la responsable des RH et le médecin coordonnateur (en visioconférence). A l'issue de cette visite, une réunion de synthèse s'est déroulée avec ces mêmes personnes à l'exception du médecin coordonnateur.

1.3 Présentation de l'établissement

Situé 7 Rue de l'Églantier, 95500 GONESSE, L'Eglantier est un EHPAD privé à but non lucratif géré par l'ASSOCIATION ARMENIENNE D'AIDE SOCIALE dont le siège social est situé 77, rue La Fayette, 75009 PARIS.

L'établissement dispose d'une capacité autorisée de 79 places d'hébergement permanent et 14 places de PASA. Il est entièrement habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide.

Selon le procès-verbal d'évaluation de la coupe AGGIR-PATHOS du 26 avril 2017, le GMP s'élève à ■■■ et le PMP à ■■■. Aussi, les données de l'EHPAD sont au-dessus des chiffres médians régionaux¹ mentionnés en note de bas de page s'agissant du GMP et en-dessous quant au PMP.

Selon l'Etat Réalisé des Recettes et des Dépenses (ERRD) de 2024, les 65 résidents étaient répartis comme suit :

Dépendance	GIR 1		GIR 2		GIR 3		GIR 4		GIR 5 et 6	
Années	2023	2024	2023	2024	2023	2024	2023	2024	2023	2025
EHPAD L'Eglantier	12 %	9,2%	35 %	35,38%	26 %	26,15%	24 %	24,61%	3 %	4,53%
IDF ² 2022	14,46 %		41,51 %		19,59 %		17,95 %		2,54 %	

A la date du contrôle, la distribution des unités est la suivante :

Etage ou unité	Nombre de chambres	Nombre de résidents		GMP	
		2024	2025	2024	2025
Etage 1	14	12	12	■■■	■■■
Etage 2	14	16	16	■■■	■■■
Etage 3	14	14	14	■■■	■■■
Etage 4	14	14	14	■■■	■■■
Etage 5	14	13	13	■■■	■■■
Total	70 (dont 10 chambres doubles)	69	69		

Selon l'ERRD de 2024, les produits de la tarification réalisés se répartissent comme suit :

Hébergement	Dépendance	Soins	Total
1 991 917,47 €	489 314,06 €	1 1 613 433,08 €	4 094 664,61 €

¹ En Île-de-France, le GMP et le PMP validé médian s'élève respectivement à 742 et 227 d'après le tableau de bord de la performance (campagne EHPAD 2023 sur les données de 2022) (N=606).

² Médiane des GIR d'Île-de-France issue du tableau de bord de la performance (campagne EHPAD 2023 sur les données de 2022) (N=607).

La décision tarifaire de l'ARS IDF en date du 17 juin 2025 fixe le forfait global soins pour le 1er janvier 2026 à 1 811 809,59 €.

La dernière convention tripartite a été signée le 30 novembre 2007 pour une durée de cinq ans.

La négociation d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) de l'association regroupant les deux établissements (EHPAD L'Eglantier et l'EHPAD Résidence arménienne) prévue initialement pour 2025 a été suspendue. Cette suspension fait suite notamment au précédent contrôle de l'EHPAD L'Eglantier réalisé par l'ARS le 14/06/2024 présentant de nombreux écarts à la réglementation dont l'établissement n'a pas fait état lors de l'autodiagnostic du CPOM ni lors des différentes rencontres qu'il a eu avec l'ARS pour la négociation des objectifs³. Par ailleurs, la signature des CPOM a été suspendue pour 2025 pour l'ensemble des EHPAD⁴.

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	L'Eglantier	
Nom de l'organisme gestionnaire	ASSOCIATION ARMENIENNE D'AIDE SOCIALE	
Numéro FINESS géographique	950806331	
Numéro FINESS juridique	750811788	
Statut juridique	Privé à but non lucratif	
Option tarifaire	Globale	
Pharmacie à usage interne (PUI)	Non	
GMP en vigueur (validé en 2017)	■	
PMP en vigueur (validé en 2017)	■	
Capacité autorisée de l'établissement	Type	Nombre
	HP ⁵	79
	HT ⁶	Non autorisé
	PASA ⁷	14
	AJ ⁸	Non autorisé
	UHR ⁹	Non autorisée

³ Email du 21/03/2025 CPOM AAAS de ARS-DD95-ETAB-MEDICO-SOC – suspension de la signature de CPOM (pour l'année 2025)

⁴ Instruction n° DGCS/SD5B/2025/9 du 7 février 2025 relative à la programmation des signatures des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) relevant du IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles

⁵ Hébergement permanent.

⁶ Hébergement temporaire.

⁷ Pôle d'activité et de soins adaptés.

⁸ Accueil de jour.

⁹ Unité d'hébergement renforcée.

	UPHV ¹⁰	Non autorisée
	PFR ¹¹	Non autorisée
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	100 %	

Constats

Le rapport est établi au vu des réponses apportées aux questions posées sur une base déclarative et aux documents probants transmis.

La présentation du rapport d'inspection permet :

- de rappeler les décisions prises au terme de la procédure contradictoire (colonne « Lettre de décisions du 13/08/2024 »)
- Les constats réalisés lors de cette inspection du 11 septembre 2025 (noté dans la synthèse de chaque décisions).

¹⁰ Unité pour les personnes handicapées vieillissantes.

¹¹ Plateformes d'accompagnement et de répit.

2 Vérification de la mise en œuvre des mesures : mesures notifiées par courrier en date du 13 Août 2024

2.1 INJONCTIONS

	Thèmes et sous-thème IGAS	Constats Rapport d'inspection du 14 juin 2024	Injonctions envisagées : lettre du 25 juin 2024	Réponse de l'établissement à l'issue de la phase contradictoire en date du 17 juillet 2024	Notification de décisions définitives suite lettre du 13 Août 2024	Textes de référence
I1	1.1- Gouvernance- Conformité aux décisions de l'autorisation ou de la déclaration	Ecart 2 : La mission ne constate qu'aucun des documents relatifs au PASA transmis par l'établissement ne mentionne l'obligation réglementaire de disposer d'un protocole, suivi et évalué, relatif aux techniques de prise en charge et au suivi de la pathologie ainsi que de l'apparition de nouveaux symptômes. Aussi, la mission conclut à son inexistence ; ce qui contrevient à l'article D312-155-0-1, III du CASF. Par ailleurs, la mission constate qu'à la date du contrôle, le PASA de l'établissement ne dispose pas d'un psychomotricien ou d'un ergothérapeute ; ce qui contrevient à l'article D312-155-0-1, IV du CASF.	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.	« Nous mettrons en œuvre le protocole pour la gestion des troubles du comportement et le suivi de l'évolution des symptômes dans les délais impartis ».	Injonction maintenue Mesure en cours de mise en œuvre : Transmettre à l'autorité de contrôle et de tarification toutes preuves probantes. Délai : 1 an	D312-155-0-1, III, IV du CASF

Au 11 septembre 2025 (délai échu)

La mission a été destinataire :

- programme d'activités du PASA en alternance semaine A et semaine B
- labellisation et financement du PASA à compter du 13 décembre 2016
- projet d'établissement 2022-2026, volet PASA
- tableau du personnel pour le PASA
- attestation de formation ASG
- attestation d'inscription à la formation ASG

Synthèse : Ouverture du PASA en décembre 2016 comme relaté dans le projet d'établissement, validé en CVS le 9 août 2024.

D'après le tableau du personnel transmis, le PASA dispose de :

- ■■■ ETP d'assistante de soins en gériatrie (ASG) alors que ■■■ ETP sont budgétés. Parmi le personnel, l'une a bien reçu la formation d'ASG et l'autre est inscrite pour une session de formation de 154 heures entre septembre et décembre 2025.
- ■■ ETP d'ergothérapeute/psychomotricien alors que ■■■ ETP sont budgétés
- ■■■ ETP de psychologue

Lors des entretiens, il a été précisé qu'un travail de concertation entre le médecin coordonnateur (medco), la psychologue et la cadre de santé était en cours de réalisation pour élaborer et mettre en œuvre un protocole de gestion des troubles du comportement et le suivi de l'évolution des symptômes pour les résidents du PASA mais à ce jour rien n'est abouti ni formalisé. La mission n'a été destinataire d'aucun document relatif à ce protocole. Ce trinôme essaye également de mobiliser les équipes 1 fois/semaine (le jeudi) pour travailler sur le protocole mais sans résultat concret à ce jour notamment, parce qu'ils abordent également à l'occasion de cette réunion d'autres sujets qui les mobilisent.

La mission constate donc :

- que l'établissement n'a toujours pas élaboré le protocole de la gestion des troubles du comportement ;
- qu'il est en sous-effectif de personnel soignant (■■■ ETP d'ASG) et paramédical (■■■ ETP d'ergothérapeute ou de psychomotricien (*cf. Prescription n°2*) pour la prise en charge des résidents du PASA ;
- que la mission n'a pas été destinataire du tableau de suivi mensuel, N-1 et N, du taux d'occupation du PASA, malgré la demande qui en a été faite, afin de vérifier la cohérence entre le nombre de résident et l'organisation des soins en raison du sous-effectif de personnel constaté.

Compte tenu des constats ci-dessus, le PASA n'est toujours pas conforme à aux exigences réglementaires en personnel soignant et paramédical pour son fonctionnement et à son obligation de disposer d'un protocole de gestion des troubles du comportement essentiel pour garantir une prise en charge qualitative et sécurisée des résidents au sein du PASA.

En conclusion : L'établissement n'a pas satisfait à l'injonction						
I2	1.1- Gouvernance- Conformité aux décisions de l'autorisation ou de la déclaration	Ecart 6 : La mission constate que 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 (anciennement II), l'établissement contrevient à l'article D.312-176-7 du CASF.	Transmettre tout justificatif d'inscription du directeur à une formation amenant à l'obtention d'une qualification de niveau 6 (anciennement II).	« Le Directeur d'établissement initie une nouvelle démarche d'inscription dans un dispositif de VAE afin d'obtenir le diplôme de catégorie 6 requis permettant ainsi à l'établissement d'être en conformité avec l'article D.312-176-7 du CASF (RDV avec un Conseiller en Évolution Professionnelle le 16/07/2024 et courriels adressés au [REDACTED]). En parallèle, un engagement de formation est signé avec le Gestionnaire. Cf pièce jointe [...] ».	<u>Injonction maintenue</u> L'établissement n'a pas transmis de justificatif d'inscription du directeur à une formation amenant à l'obtention d'une qualification de niveau 6 (anciennement II). Transmettre à l'autorité de contrôle et de tarification justificatif d'inscription du directeur à une formation amenant à l'obtention d'une qualification de niveau 6 (anciennement II). Délai : 1 an	D312-176-6 du CASF
<u>Au 11 septembre 2025 (délai échu)</u> La mission a été destinataire de : [REDACTED] Un avenant au contrat de travail du directeur (8/12/2009) en date du 8 juillet 2024 par lequel [REDACTED] [REDACTED] - Un document du directeur précisant que la prescription n° 6 demandant au gestionnaire de s'assurer que le directeur disposait d'une qualification de niveau 6 avait été retirée (courrier DGARS du 14/08/2024) en raison de la transmission de l'avenant au contrat de travail du directeur susmentionné, prouvant l'engagement du directeur à disposer sous 3 ans de la qualification réglementaire requise pour exercer les fonctions de directeur en EHPAD. - Fiches de paye du directeur [REDACTED] Le directeur de l'EHPAD est en poste depuis le 1 ^{er} /01/2010. Une 1 ^{ère} inspection de l'EHPAD en juillet 2016 avait déjà constaté l'absence de qualification du directeur. Celui-ci avait entamé une démarche de VAE en 2018 ¹² mais celui-ci n'a pas donné suite. Les mêmes constats avaient été observés lors du contrôle sur pièces du 14/06/2024. Le directeur a pris l'engagement (avenant au contrat de travail du 8/07/2024) à suivre une formation qualifiante dans les 3 ans.						

¹² Courrier EHESP du 31 juillet 2018 – VAE CAFDES – Décision concernant la recevabilité de votre demande

Au cours de l'entretien, il a été précisé à la mission que courant 2025, il a de nouveau déposé un dossier mais celui-ci a été jugé non recevable, les modalités de présentation ayant changées.

La mission constate qu'au jour de la mission, il n'a pas déposé de dossier pour une nouvelle demande de VAE.

Synthèse :

Le directeur est en poste depuis 15 ans dans l'établissement et ne dispose toujours pas des qualifications règlementaires requises pour exercer les fonctions de directeur d'EHPAD et ce, malgré les constats opérés par les 2 missions d'inspections précédentes (2016¹³ 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.

Aussi, en affectant sur des fonctions de direction, un directeur n'ayant pas les qualifications règlementaires requises pour exercer ces fonctions et en laissant perdurer cette situation malgré l'injonction en ce sens qui lui a été notifiée par décision de l'ARS le 13/08/2024, l'association Arménienne d'aide sociale ne satisfait pas à son obligation de disposer d'un professionnel chargé de la direction de l'EHPAD disposant d'un des diplômes règlementaires mentionnées à l'article D312-176-6 du CASF et par conséquent contrevient à cet article.

En conclusion : L'établissement n'a pas satisfait à l'injonction

I3	1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	Ecart 7 : La mission constate que 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...).	« Dans le prolongement de la réflexion envisagée en vue de pallier le recrutement d'un Médecin Coordonnateur en présentiel, nous avons conclu en date du 26 juin 2024 un contrat pour une mission de télé-coordination médicale avec la société [REDACTED]. Cette mission a débuté le vendredi 12 juillet prochain par un audit préalable au déploiement du dispositif au cours duquel le Docteur [...] a été affecté à notre établissement à hauteur de 0,60 ETP pour	<u>Injonction maintenue (en lien avec P7)</u> La réglementation en vigueur exige que l'établissement dispose d'un MEDCO à 0,6 ETP au minimum assuré par un seul médecin. Par ailleurs, la télé coordination en EHPAD n'est pas une modalité d'exercice réglementaire comme la télémédecine pour un MEDCO, mais est possible sous conditions ¹⁴ .	D312-155-0, II du CASF et D312-156 du CASF
----	---	--	---	--	--	--

¹³ Rapport Inspection en date du 9 septembre 2016

¹⁴ L'établissement peut y avoir recours sous réserve du respect des principes suivants :

- La télé coordination est un dispositif transitoire pour pallier les difficultés temporaires de l'établissement à assurer la continuité médicale. C'est donc un dispositif non pérenne et limité dans le temps.
- Le recours à la télé coordination ne peut excéder 9 mois ;
- La télé coordination doit être encadrée, formalisée par un contrat de travail du médecin en télé coordination intervenant dans l'EHPAD précisant les modalités de son intervention. Le contrat prévoit les dispositions suivantes :
 - Le temps dédié à la télé coordination dans l'EHPAD

				accomplir les 14 missions réglementaires. Cf pièce jointe [...] ».	Il peut être accepter temporairement une organisation dérogatoire, si l'établissement n'arrive pas à recruter immédiatement un MEDCO. Toutefois, la télé coordination ne peut se faire sur la totalité des missions incombées au MEDCO, car certaines doivent impérativement se faire sur place au sein de l'EHPAD (exemple : les missions de l'alinéa 4° et 13° de l'article D312-158 CASF). Délai : 1 mois	
Au 11 septembre 2025 (délai échu). La mission a été destinataire : - Du contrat de travail du médecin coordinateur (CDI) en télé coordination - Du contrat de travail CDI du médecin traitant - De la fiche de poste du médecin coordinateur spécifiant ses missions - Des diplômes du médecin coordinateur Synthèse : depuis septembre 2024, un médecin coordonnateur 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 (6h/semaine). La mission constate que le temps de coordination médicale est insuffisant comparé aux 0,6 ETP exigés par la réglementation selon le capacitaire de l'établissement (<i>cf. Prescription n°7</i>). Selon les entretiens menés, le medco déclare effectuer un temps supplémentaire de coordination médicale pour l'EHPAD (au-delà de ses 6h/semaine) pour lesquelles la mission n'a reçu aucune preuve, aussi elle n'est pas en capacité d'apprécier ces dires, d'autant plus que ce médecin effectue également la coordination médicale de deux autres établissements. S'agissant des missions de coordination médicale effectuées dans l'établissement par le medco en distanciel : le contrat de télé coordination transmis ne précise pas quelles sont les missions réalisées par le medco en télé coordination pour l'établissement. Par ailleurs, Il a été précisé que les missions qui devraient être réalisées en présentiel dans l'établissement, le sont via des téléconsultations et avec la collaboration d'un médecin traitant prescripteur salarié présent sur l'établissement 3 fois/semaine. Leur collaboration est fluide selon les dires du medco. Nonobstant cette réorganisation mise en place, la mission constate :						

- Les diplômes requis par la réglementation pour exercer la coordination en EHPAD (D312-157 CASF) ;
- Les missions réalisées en télé coordination (les missions du MEDCO définies à l'article D312-158 CASF) ;
- Elaborer une fiche de poste spécifique au médecin en télé coordination ;
- La télé coordination est circonscrite à la région Ile-de-France.

Agence régionale de santé Ile-de-France
Rapport d'inspection n°2025_IDF_00099

- Un temps de coordination médical non conforme à la réglementation qui impose un temps de coordination à hauteur de 0.6 ETP selon capacitaire de l'établissement, ce qui contrevient à l'article D312-156 du CASF ; - La non-formalisation des missions du medco dans son contrat de travail qui ne permet pas, ainsi, 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. - Par ailleurs, aucune preuve n'a été transmise à la mission concernant les démarches entreprises pour recruter un médecin coordonnateur en présentiel à 0,6 ETP ou envisager l'augmentation du temps de télé coordination. La mission rappelle que la télé coordination est prévue par la réglementation mais reste un dispositif temporaire, le recrutement d'un medco en présentiel est attendu conformément à la réglementation (cf prescription n°7). Conclusion : L'établissement satisfait à l'injonction en ayant recruté un médecin coordonnateur.						
I4	3.1-Prise en charge-Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Ecart 9 : L'établissement affecte à la prise en charge des soins des résidents un total de ■ 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. Aussi, en affectant ce personnel non qualifié, l'établissement n'est pas en mesure de garantir la sécurité et la qualité des soins, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1° et 3° du CASF. De plus, ces personnels non qualifiés pour cette prise en charge se retrouvent de fait en exercice illégal des professions d'AS et d'AES. Ainsi, l'établissement contrevient ainsi aux alinéas 1° et 3° de l'article L.311-3 et aux articles D. 312-155-0, II, D.451-88 du CASF et L.4391-1 du CSP.	Transmettre à l'autorité de contrôle et de tarification, un plan d'action de qualification en AS/AES des personnels AGS affectés aux soins. Le plan d'action doit a minima comporter : – Prénom et nom des AGS concernés ; – Formation qualifiante envisagée (DEAS, DAES) ; – Dispositif d'accès envisagé (VAE...) ; – Organisme de formation envisagé ; – Mode et coût de financement envisagés (CPF...) ; – Dates prévisionnelles des formations envisagées.	« Au sein de notre structure, quatre personnels AGS exercent leurs missions à ce jour. Conformément au tableau joint déposé sur la plateforme idoine, nous vous confirmons qu'un des agents, Madame [...], est effectivement inscrite pour une formation qualifiante d'AS qui débutera le 2 septembre 2024. Durant sa période de formation, nous remplacerons, dans la mesure du possible, l'agent par un personnel déjà diplômé. Les formations des autres agents seront étalées sur les 2 années à venir afin de les qualifier. Cf pièce jointe [...] ».	<u>Injonction maintenue</u> <u>(en lien avec P10)</u> Sur les ■ AGS affectés aux soins à qualifier, le plan d'action de qualification transmis par l'établissement ne précise ni les modalités d'accès, ni l'organisme de formation, ni le mode de financement envisagés pour la qualification de ■ AGS. Aussi, le caractère incomplet ce plan d'action empêche le retrait de la mesure Délai : 3 mois	L311-3 1°, 3° D312-155-0, II, D451-88 du CASF et L4391-1 du CSP

Au 11 septembre 2025 (délai échu).

Documents transmis :

- Plan de qualification en AS/AES des personnels AGS affectés aux soins
- Attestation de réussite au diplôme d'aide- soignant en date du 27/07/2025

Synthèse : Lors de l'inspection du 14/06/2024, la mission d'inspection avait constaté que ■ agents de soins faisant fonction d'AS étaient affectés à la prise en charge des soins des résidents, ce qui constituait un glissement de tâches institutionnalisé et un exercice illégal des professions d'AS et d'AES.

Un plan de qualification de ces ■ AGS avait alors été demandé à l'établissement s'il souhaitait maintenir en poste dans les effectifs soignants ces personnels. Un plan de qualification avait alors été élaboré sans respect des consignes.

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.

En conclusion : L'établissement a satisfait à l'injonction.

15	3.1-Prise en charge- Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Ecart 10 : La mission constate que l'établissement n'atteint pas son effectif cible de ■ AS/AES quotidiennement sur une période de 3 mois. L'insuffisance de personnel au quotidien pour prendre en charge les résidents présente un risque pour la sécurité et la qualité de leur prise en charge. De plus, l'affectation d'un seul AS/AES aux étages 3, 4 et 5, responsable de 14 chambres, constitue une charge excessive pour un seul agent, fragilisant davantage la sécurité et la qualité des soins des résidents et pouvant générer une souffrance au travail des agents, ce qui contrevient aux articles L311-3, 1° et 3° du CASF.	Renforcer l'effectif d'AS/AES ou réorganiser l'affectation des agents pour réduire la charge par étage, en affectant au moins 2 AS/AES aux étages 3, 4 et 5 pour s'assurer qu'un AS/AES ne soit pas responsable de plus de 10 chambres, et ce afin de garantir la sécurité et la qualité de la prise en charge des résidents et d'assurer de meilleures conditions de travail pour les agents.	« Le planning de répartition et d'intervention des AGS sera réorganisé, dans l'attente de leurs départs respectifs en formation, afin de lisser la charge de travail tout en garantissant la sécurité et la qualité de prise en charge de nos résidents ».	<u>Injonction maintenue</u> L'établissement ne répond pas à la mesure envisagée. En effet, il lui est enjoint de 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. Délai : 1 an	L311-3, 1° et 3° du CASF
----	--	---	--	--	---	--------------------------

Au 11 septembre 2025 (délai échu).

Documents transmis :

- tableau Excel™ des chambres par étage et nombre d'ETP soignant
- plannings d'août, septembre et octobre 2025

Synthèse : Lors de l'inspection du 14/06/2024, la mission avait constaté que la présence ■■■■■ AS/AES pour la prise en charge de 14 résidents sur les étages 3, 4 et 5 était insuffisante et constituait une charge excessive pour ■■■■■ agent, fragilisant la sécurité et la qualité des soins des résidents et pouvant générer une souffrance au travail des agents. Aussi, il avait été demandé à l'établissement d'assurer dans ces étages la présence de ■ AS/AES et ainsi de répartir la charge de travail de manière identique sur l'ensemble des étages.

Lors de l'inspection du 11/09/2025, la mission constate la même répartition sur les étages 3, 4, et 5. Il a été précisé, lors des entretiens menés, que la charge en soins et dépendance des résidents de ces 3 étages ne nécessitait pas la présence de 2 AS/AES par étage. Or, l'établissement n'ayant transmis à la mission aucun justificatif 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.

En conclusion : En l'absence de document étayant une répartition équitable des résidents selon les soins à leur dispenser dans les étages 3, 4 et 5, et permettant d'apprécier leur niveau de dépendance et par conséquent, le nombre de soignant(s) requis pour les prendre en charge, la mission considère que **l'établissement ne satisfait pas à l'injonction**.

2.2 PRESCRIPTIONS

	Thèmes et sous-thème IGAS	Constats Rapport d'inspection du 14 juin 2024	Prescriptions envisagées : lettre du 25 juin 2024	Réponse de l'établissement à l'issue de la phase contradictoire en date du 17 juillet 2024	Notification de décisions définitives suite lettre du 13 Août 2024	Textes de référence
P1	1.1- Gouvernance- Conformité aux décisions de l'autorisation ou de la déclaration	Ecart 1 : Les taux d'occupation constatés sont inférieurs au seuil de 95 % et expose l'EHPAD au dispositif de modulation du forfait soins par l'ARS conformément à l'article R314-160 du CASF, et ou à l'arrêté du 28 septembre 2017 relatif au seuil mentionné à	Atteindre un taux d'occupation annuel de 95 %.	« Nous nous efforcerons d'atteindre un taux d'occupation de 95% à horizon de début 2025. Il est à noter toutefois que, dans le cadre du PPI validé de l'établissement, des travaux d'agrandissement des chambres sont en cours. Ils induiront une sous-activité prévisionnelle de 10 lits à compter du mois de mai 2025, jusqu'au mois d'avril 2026 ».	<u>Prescription maintenue</u> Mesure en cours de mise en œuvre Transmettre à l'autorité de contrôle et de tarification toutes preuves probantes. Délai : 1er janvier 2025	R314-160 du CASF et à l'arrêté du 28 septembre 2017

		l'article R314-160 déclenchant le dispositif de modulation du forfait global de soins.				
<u>Au 11 septembre 2025 (délai échu)</u> La mission a été destinataire de : - Deux documents retraçant l'occupation mensuelle des places en hébergement permanent par mois et par section (détail par jour) de l'année 2024 et 2025 (prévisionnel sur le dernier trimestre) - Un courrier de la direction de l'offre médico-sociale du département du Val d'Oise en date du 20/01/2023 relatif au plan pluriannuel d'investissement (PPI) de l'EHPAD L'Eglantier - Un courrier de la Délégation départementale du Val d'Oise en date du 21/08/2025 relatif à l'ouverture de la procédure contradictoire préalable à une éventuelle reprise financière pour sous-activité. - Un courrier du directeur de l'EHPAD en date du 12/09/2025 relatif à la procédure contradictoire préalable à une reprise financière pour sous activité. Synthèse : Lors du contrôle sur pièce du 14 juin 2024, la mission avait constaté sur la période observée (2023 et janvier à mai 2024) que le taux d'occupation des places en hébergement permanent (HP) était inférieur au seuil réglementaire de 95%, exposant ainsi l'établissement au dispositif de modulation du forfait global de soins. L'établissement a alors informé la mission qu'il envisageait un taux d'occupation à hauteur de 95% fin 2025 mais précisait qu'il était engagé dans un plan pluriannuel d'investissement (PPI) pour le financement de travaux d'agrandissement des chambres devant induire une sous-activité prévisionnelle de 10 lits de mai 2025 à avril 2026. Au cours des entretiens le jour de l'inspection, il a été confirmé la sous-activité des places en HP en raison du PPI en cours. Depuis 2024, des lots de 10 chambres sont fermées successivement pour la réalisation des travaux intérieurs et l'établissement a suspendu ainsi les admissions pour atteindre 10 lits de moins que la capacité autorisée, ce qui explique la sous-activité par rapport à la capacité autorisée. Il est néanmoins à 100% du taux d'occupation sur 69 places. Des documents transmis, il ressort que l'établissement affiche un taux d'occupation de 85,45% en 2025 (prévisionnel avec le dernier trimestre) sur sa capacité autorisée. La fin des travaux est prévue en mai 2026. Par ailleurs, l'établissement a informé la mission qu'il faisait l'objet d'une procédure en cours préalable à une éventuelle reprise financière pour sous-activité sur ses données d'activité de 2024. Sans préjuger des suites qui seront données à cette procédure, et compte tenu du fait que l'établissement a 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. En conclusion : l'établissement ne satisfait pas à la prescription						

P2	1.1- Gouvernance- Conformité aux décisions de l'autorisation ou de la déclaration	Ecart 2 : La mission constate que le PASA de l'établissement ne dispose pas d'un psychomotricien ou d'un ergothérapeute ; ce qui contrevient à l'article D312-155-0-1, IV du CASF.	Recruter le personnel requis par la réglementation pour le fonctionnement du PASA : un psychomotricien ou un ergothérapeute.	« En complément aux informations transmises en rapport avec l'Injonction I1, nous précisons que, s'agissant d'un métier en tension avérée, a fortiori dans le cadre d'une embauche à temps partiel, nous nous orientons vers le recrutement d'un psychomotricien alternant suite au contact que nous avons pris avec l'école IRPS et à quelques candidatures que nous avons déjà reçues et que nous instruirons dans les meilleurs délais ».	<u>Prescription maintenue</u> L'emploi d'un alternant ne répond pas à l'obligation réglementaire imposée à l'établissement, qui doit disposer d'un psychomotricien ou d'un ergothérapeute diplômé pour son PASA. En effet, cette obligation réglementaire implique que le professionnel soit qualifié, c'est-à-dire titulaire du diplôme de psychomotricien ou d'ergothérapeute. Or, un alternant n'est, par définition, pas encore diplômé. Transmettre à l'autorité de contrôle et de tarification toutes preuves probantes. Délai : 4 mois	D312-155-0-1, IV du CASF
Au 11 septembre 2025 (délai échu) Aucun document n'a été transmis concernant le recrutement d'un psychomotricien ou ergothérapeute. Synthèse : L'absence d'ergothérapeute ou de psychomotricien existe depuis 2018 et le PASA est ouvert depuis décembre 2016. Personnel budgété : ■ ETP ASG / ■ ETP psychologue et ■ ETP ergothérapeute ou psychomotricien Selon les document transmis par l'établissement (<i>cf. Injonction n°1</i>) et des entretiens menés par la mission le jour de l'inspection, le PASA fonctionne (pour 14 résidents) du lundi au vendredi avec uniquement 1,5 ETP d'ASG et 0,1 ETP de psychologue. La mission note donc une insuffisance de personnel notable pour le fonctionnement du PASA et par conséquent une non-conformité réglementaire (D312-155-0-1, IV du CASF). Malgré un processus de recrutement toujours en cours d'un ergothérapeute ou d'un psychomotricien selon les dires du directeur, aucun n'a pu être conclu au jour de l'inspection. Le recrutement envisagé d'un alternant à temps partiel à l'issue de sa formation n'a pas abouti. La mission a orienté l'établissement vers une recherche également de professionnels libéraux et de recrutement en sortie d'école de formation, même si l'établissement n'y est pas favorable et souhaiterait recruter un professionnel plus expérimenté. Enfin, plusieurs réunions à l'initiative de la cadre de santé et de la medco ont été réalisées afin de pallier l'absence de ces personnels, notamment pour revoir les animations et les réorienter sur le projet thérapeutique. Malgré les démarches entreprises par l'établissement le PASA ne dispose toujours pas d'ergothérapeute ou de psychomotricien, aussi il est non-conforme. En conclusion : L'établissement ne satisfait pas à la prescription						

P3	1.1- Gouvernance- Conformité aux décisions de l'autorisation ou de la déclaration	Écart 2 : La mission constate que le PASA de l'établissement ne dispose pas d'un psychomotricien ou d'un ergothérapeute ; ce qui contrevient à l'article D312-155-0-1, IV du CASF.	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...).	« Des annonces en vue du recrutement d'un profil d'ergothérapeute ou de psychomotricien sont diffusées depuis 2020 et 2022 sur un site de recrutement et de manière mutualisée avec l'EHPAD de Montmorency, relevant du même Gestionnaire, qui dispose également d'un temps de 0,5 ETP pour un tel poste. Cf pièce jointe [...] ».	<u>Injonction (anciennement I1) requalifiée en prescription (P3) :</u> Transmettre à l'autorité de contrôle et de tarification les preuves de publication d'annonce de recrutement diffusée sur plusieurs canaux de recrutement (journaux, France travail...).	D312-155-0-1, IV du CASF
<u>Au 11 septembre 2025 (délai échu)</u> IDEM cf. injonction n°1 et prescription n°2 Conclusion : L'établissement n'a pas satisfait à la prescription						
P4	1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	Écart 3 : La mission constate que le règlement de fonctionnement est échu depuis le 20 janvier 2020. Aussi, en l'espèce, l'établissement ne dispose d'aucun règlement de fonctionnement ; ce qui contrevient à l'article L.311-7 du CASF	Réactualiser le règlement de fonctionnement. — Transmettre à l'autorité de contrôle et de tarification, le règlement de fonctionnement actualisé, daté et signé par le président du CVS.	« Une version ancienne du Règlement de Fonctionnement a été transmise par erreur lors de l'envoi du 11 mai 2024. La version en vigueur est celle du 13 avril 2022. Le document actualisé est transmis à l'autorité de contrôle et de tarification sous sa version de travail. La version définitive sera adressée à l'ATC après revalidation par le Président du CVS au plus tard dans le mois suivant la prochaine réunion de ladite instance. Cf pièce jointe [...] ».	<u>Prescription maintenue</u> 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. Délai : 1 mois suivant sa validation au prochain CVS de 2024.	L311-7 du CASF
<u>Au 11 septembre 2025 (prescription délai échu)</u> Document transmis :						

- Règlement de fonctionnement signé par la présidente du CVS le 9 août 2024 Synthèse : La mission constate que 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. En conclusion : l'établissement satisfait à la prescription						
P5	1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	Ecart 4 : La mission constate que le projet d'établissement (2022-2026) est conforme à l'ancienne réglementation. Aussi, il ne prend pas en compte les nouvelles dispositions réglementaires des articles D311-38-3 à D311-38-5 du CASF.	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.	« Nous avons bien pris connaissance des articles D. 311-38-3 à D. 311-38-5 du CASF. Pourriez-vous nous indiquer plus précisément quelles sont les nouvelles dispositions réglementaires concernées afin que nous puissions actualiser notre Projet d'Établissement en conséquence ? ».	<u>Prescription maintenue</u> En réponse à sa requête, l'article D. 311-38-3, 2° du CASF stipule, à titre d'exemple, que le contenu du projet d'établissement doit inclure les modalités de réalisation d'un bilan annuel des situations de maltraitance survenues dans l'établissement. Transmettre à l'autorité de contrôle et de tarification, le projet d'établissement révisé, daté et signé par le président du CVS. Délai : 1 mois suivant sa validation au prochain CVS de 2024.	D311-38-3 à D311-38-5 du CASF
<u>Au 11 septembre 2025 (prescription délai échu)</u> Document transmis : - Projet d'établissement (2022-2026) signé par la présidente du CVS le 9 août 2024 La mission constate que le projet d'établissement transmis n'est pas conforme car il présente deux manquements principaux à la réglementation : • L'absence de procédure formalisée de signalement, de traitement et de bilan annuel des situations de maltraitance (article D311-38-3, 2°). • L'absence de désignation explicite de l'autorité extérieure (personne qualifiée) et des modalités de recours pour les personnes accueillies (article D311-38-3, dernier alinéa). La mission demande à l'établissement d'ajouter dans le projet d'établissement 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.						

En conclusion : l'établissement n'a pas satisfait à la prescription						
P6	1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	Ecart 5 : La mission constate que le plan bleu n'est pas conforme aux nouvelles dispositions réglementaires des articles R311-38-1 et R311-38-2 du CASF.	Réviser le plan bleu afin de le conformer aux dispositions réglementaires en vigueur. Transmettre à l'autorité de contrôle et de tarification, le plan bleu révisé.	« Le Plan Bleu est en cours de révision afin de le conformer aux dispositions réglementaires en vigueur. La nouvelle version sera adressée à l'autorité de contrôle et de tarification ».	<u>Prescription maintenue</u> Mesure en cours de mise en œuvre Transmettre à l'autorité de contrôle et de tarification, le plan bleu révisé. Délai : 1 mois	R311-38-1 et R311-38-2 du CASF
<u>Au 11 septembre 2025</u> Document transmis : - Le plan bleu dans une version de travail Synthèse : La mission constate que le plan bleu de la structure est en cours d'actualisation, confirmé lors des entretiens. La version présentée ne prend pas en compte les objectifs ORSAN (par exemple en listant les plans de réponse ORSAN pertinents et en précisant l'articulation avec les plans départementaux (ORSEC, PGCD, etc.)), la traçabilité des formations/exercices, la procédure de retour d'expérience, l'accessibilité du plan à tous les agents et la formalisation de la procédure de mise à jour. La mission rappelle à l'établissement que conformément aux articles L311-8 et R311-38-1 du CASF, il doit former l'ensemble du personnel aux situations sanitaires exceptionnelles. Or, la formation obligatoire FGSU, dispose déjà d'un module sur les situations sanitaires exceptionnelles, aussi il est vivement conseillé à l'établissement de procéder à la formation de l'ensemble de son personnel aux Gestes et Soins d'Urgence niveau 2. En conclusion : l'établissement ne satisfait pas à la prescription.						
P7	1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	Ecart 7 : l'établissement ne dispose d'aucun temps de MEDCO, et ce depuis plus de 2 ans ; ce qui contrevient à	Assurer dans l'établissement un temps de coordination médicale à hauteur de 0,60 ETP conformément au	« Dans le prolongement de la réflexion envisagée en vue de pallier le recrutement d'un Médecin Coordonnateur en présentiel, nous avons conclu en date du 26 juin 2024 un contrat pour une mission de télé-coordination médicale avec la société [REDACTED]. Cette mission a débuté le vendredi 12 juillet prochain par un audit	<u>Prescription maintenue</u> (en lien avec I3)	D312-155-0, II du CASF et D312-156 du CASF

		l'article D312-155-0, II du CASF.	capacitaire de l'établissement. Transmettre à l'autorité de contrôle et de tarification tout document justifiant du temps de coordination médicale conforme à la réglementation (avenant au contrat de travail...).	<i>préalable au déploiement du dispositif au cours duquel le Docteur [...] a été affecté à notre établissement à hauteur de 0,60 ETP pour accomplir les 14 missions réglementaires. Cf pièce jointe [...] ».</i>	Transmettre à l'autorité de contrôle et de tarification tout document justifiant du temps de coordination médicale conforme à la réglementation (avenant au contrat de travail...).	
Au 11 septembre 2025 cf. injonction n°3 pour analyse Synthèse : même si l'établissement a recruté un médecin coordonnateur, la mission constate les non-conformités suivantes : - Le temps de coordination médical est non conforme à la réglementation qui impose un temps de coordination à hauteur de 0,6 ETP selon capacitaire de l'établissement (79 places en HP), ce qui contrevient à l'article D312-156 du CASF ; - Le contrat de travail du medco, en l'absence d'une fiche de poste détaillée, 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 qualité et 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. Conclusion : L'établissement ne satisfait que partiellement à la prescription						
P8	1.3- Gouvernance- Animation et fonctionnement des instances	Ecart 8 : La mission constate les non-conformités suivantes dans le règlement intérieur du Conseil de la Vie sociale (CVS)	Conformer la composition, le fonctionnement et les missions du CVS avec la réglementation en vigueur. Transmettre à l'autorité de contrôle et de tarification, le règlement intérieur du	<i>« Nous avons pris connaissance des articles D. 311-4 à D. 311-20 du CASF et avons ainsi mis le règlement intérieur du CVS en conformité. Le document actualisé est transmis à l'autorité de contrôle et de tarification sous sa version de travail. La version datée et signée par le Président du CVS sera adressée au plus tard dans le mois suivant la tenue de la prochaine réunion du CVS. Cf pièce jointe [...] ».</i>	<u>Prescription maintenue</u> Mesure en cours de mise en œuvre Transmettre à l'autorité de contrôle et de tarification, le règlement intérieur du CVS conforme, daté et signé par le président du CVS.	D311-4 à D311-20 du CASF

			CVS conforme, daté et signé par le président du CVS.		Délai : 1 mois suivant sa validation au prochain CVS de 2024.	
Au 11 septembre 2025 (délai échu) Documents transmis : - Règlement intérieur du CVS – version août 2025 - Compte-rendu du CVS du 16/06/2025 - Convocation aux élections des représentants des résidents et des familles du 8/9/2025 Synthèse : À la lecture du règlement intérieur transmis, la mission constate que la majorité des manquements constatés lors de l'inspection du 14/06/2025, ont été intégrés par l'établissement dans le règlement intérieur. Néanmoins, quelques éléments sont encore manquants mais devraient être rapidement être pris en compte pour lever la prescription : • Il ne précise pas les modalités de publicité des travaux du CVS (affichage, diffusion, accès aux comptes rendus). • Il ne précise pas que toute modification du règlement intérieur doit être soumise à l'avis du CVS. • Il ne liste pas explicitement les consultations obligatoires prévues par les articles D311-13 à D311-16. En conclusion : L'établissement ne satisfait pas à la prescription						
P9	1.3- Gouvernance- Animation et fonctionnement des instances	Écart 8 : En n'ayant pas rédigé le rapport d'activité 2023 du CVS, l'établissement contrevient à l'article D. 311-20 du CASF.	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.	« Le rapport d'activités annuel du CVS relatif à l'année 2023 sera transmis à l'autorité de contrôle et de tarification dans le mois suivant la tenue de la prochaine réunion du CVS et revêtu de la signature du Président ».	Prescription maintenue Mesure en cours de mise en œuvre 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. Délai : 1 mois suivant sa validation au prochain CVS de 2024.	D311-20 du CASF

Au 11 septembre 2025

Synthèse : Après échange avec la direction, la mission a constaté la réalisation d'un bilan annuel du CVS fin 2024. N'ayant aucun cahier des charges de ce qui est attendu d'un rapport d'activité tel que mentionné dans l'article D311-20 du CASF, la mission considère que celui qui a été présenté est suffisamment étayé.

En conclusion : L'établissement **satisfait à la prescription**.

P10	3.1-Prise en charge- Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Écart 9 : L'établissement affecte à la prise en charge des soins des résidents un total de ■ 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. Aussi, en affectant ce personnel non qualifié, l'établissement n'est pas en mesure de garantir la sécurité et la qualité des soins, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1° et 3° du CASF. De plus, ces personnels non qualifiés pour cette prise en charge se retrouvent de fait en exercice illégal des professions d'AS et d'AES. Ainsi, l'établissement contrevient ainsi aux alinéas 1° et 3° de l'article L.311-3 et aux articles D. 312-155-0, II,	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.	« Cf argumentaire des injonctions I5 & I6 ». I5 : « Au sein de notre structure, quatre personnels AGS exercent leurs missions à ce jour. Conformément au tableau joint déposé sur la plateforme idoine, nous vous confirmons qu'un des agents, ■■■■■■■■■■, est effectivement inscrite pour une formation qualifiante d'AS qui débutera le 2 septembre 2024. Durant sa période de formation, nous remplacerons, dans la mesure du possible, l'agent par un personnel déjà diplômé. Les formations des autres agents seront étalées sur les 2 années à venir afin de les qualifier. Cf pièce jointe sur https://collecte-pro.gouv.fr/ ». I6 : « Le planning de répartition et d'intervention des AGS sera réorganisé, dans l'attente de leurs départs respectifs en formation, afin de lisser la charge de travail tout en garantissant la sécurité et la qualité de prise en charge de nos résidents ».	<u>Prescription maintenue</u> <u>(en lien avec I4)</u> Mesure en cours de mise en œuvre Transmettre à l'autorité de contrôle et de tarification toutes preuves probantes. Délai : 2 ans	L311-3 1°, 3° D312-155-0, II, D451-88 du CASF et L4391-1 du CSP
-----	--	--	---	--	---	--

		D.451-88 du CASF et L.4391-1 du CSP.				
Au 11 septembre 2025 Documents transmis : - Plan de qualification en AS/AES des personnels AGS affectés aux soins - Attestation de réussite au diplôme d'aide- soignant en date du 27/07/2025 - Plannings des AS-ASG août, septembre et octobre 2025 Synthèse : Lors de l'inspection du 14/06/2024, la mission d'inspection avait constaté ■ agents de soins faisant fonction d'AS affectés à la prise en charge des soins des résidents, ce qui constituait un glissement de tâches institutionnalisés et un exercice illégal des professions d'AS et d'AES. Un plan de qualification de ces ■ AGS (1 était en cours de formation) avait alors été demandé à l'établissement s'il souhaitait maintenir en poste dans les effectifs soignants ces personnels. Des documents transmis et après échanges avec la direction le jour de l'inspection, la mission constate : - ■ AGS a été diplômée AS en juillet 2025 (attestation de réussite transmise) - ■ AGS remplissent les conditions pour un départ à la retraite dès à présent et ne partiront donc pas en formation AS - ■ AGS ne souhaite pas s'inscrire dans le processus de diplomation L'établissement affecte donc 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 règlementée. Cet état de fait est corroboré par les plannings de soignants transmis à la mission où les ■ AGS sont affectés dans les effectifs de soignants de jour et de nuit sur des roulements complets. Cette situation perdure sur le planning <u>prévisionnel</u> de soignants d'octobre 2025. Compte tenu de ce qui précède, la mission demande à l'établissement, comme il leur a été dit le jour de l'inspection, de se mettre en conformité avec la réglementation en : - Changeant d'affectation l'AGS qui ne souhaite pas s'engager dans un processus de qualification au diplôme d'AS/AES, la sortir des plannings des soins et recruter un AS/AES en contrat pérenne pour la remplacer dans les effectifs des soignants - Engageant dans un processus de départ à la retraite les ■ AGS qui remplissent les conditions et qui ne souhaitent pas, par conséquent, procéder à leur qualification d'AS/AES. - Procédant au remplacement dès à présent de ces ■ AGS sur les plannings de soins et de recruter en contrat pérenne des AS/AES diplômés. En conclusion : L'établissement ne satisfait pas à la prescription.						

P11	3.1-Prise en charge- Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Ecart 12 : En n'ayant pas organisée de commission de coordination gériatrique en 2022 et 2023, la mission constate que l'établissement contrevient à l'article D312-158, 3° du CASF et à l'Arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique.	Réunir la commission de coordination gériatrique corrélativement au recrutement du médecin coordonnateur. Transmettre l'ordre du jour de la commission de coordination gériatrique signée par le médecin chargé de la coordination médicale.	« Cf argumentaire de l'injonction I4 » : <i>Dans le prolongement de la réflexion envisagée en vue de pallier le recrutement d'un Médecin Coordinateur en présentiel, nous avons conclu en date du 26 juin 2024 un contrat pour une mission de télé-coordination médicale avec la société [REDACTED]. Cette mission a débuté le vendredi 12 juillet prochain par un audit préalable au déploiement du dispositif au cours duquel le Docteur [REDACTED] a été affecté à notre établissement à hauteur de 0,60 ETP pour accomplir les 14 missions réglementaires.</i> <i>Cf pièce jointe sur https://collecte-pro.gouv.fr/</i>	<u>Prescription maintenue</u> Mesure en cours de mise en œuvre Transmettre l'ordre du jour de la commission de coordination gériatrique signée par le médecin chargé de la coordination médicale. Délai : 3 mois après le recrutement du MEDCO	D312-158, 3° du CASF
<u>Au 11 septembre 2025</u> Documents transmis : - Compte-rendu de la commission de coordination gériatrique du 15 mai 2025 Synthèse : Depuis le recrutement fin juin 2024 du MEDCO en télé coordination (cf. Injonction n°3), une commission de coordination gériatrique (CCG) s'est tenue en mai 2025. Celle-ci a réuni les professionnels libéraux intervenant dans l'établissement, la cadre de santé et le directeur. Le CR transmis mentionne les points abordés dont notamment : présentation du RAMA 2024, le dispositif de télé coordination, le projet de réévaluation PATHOS ... Après échange avec le medco le jour de l'inspection, il a été précisé à la mission l'objectif de réaliser 2 CCG/an. En conclusion : L'établissement satisfait à la prescription.						
P12	3.1-Prise en charge- Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Ecart 13 : La mission constate les non-conformités suivantes dans les contrats de séjour : - Ils ne mentionnent pas l'obligation pour les professionnels de santé libéraux appelés à intervenir au sein de l'établissement à	Actualiser l'ensemble des contrats de séjour des résidents afin qu'ils soient en conformité avec les exigences réglementaires en vigueur (Cf. rapport).	« Nous procéderons à la révision du Contrat de Séjour afin d'y intégrer la mention relative à l'obligation de conclusion d'une convention avec les PSL pour les intervenants extérieurs, l'annexe indicative et non contractuelle relative aux tarifs des prestations socles d'hébergement et les tarifs des prestations annexes proposées par la structure ».	<u>Prescription maintenue</u> Mesure en cours de mise en œuvre Transmettre à l'autorité de contrôle et de tarification toutes preuves probantes. Délai : 1 an	D311 du CASF

		conclure avec ce dernier le contrat prévu à l'article R313-30-1 du CASF ; ce qui contrevient à l'article D311 du CASF ; -Ils ne disposent pas d'une annexe indicative non contractuel relative aux tarifs généraux et aux conditions de facturation de chaque prestation ; ce qui contrevient à l'article D311 du CASF ; -le contrat ne cite pas l'ensemble de prestations minimales relatives à l'hébergement, dont la liste est fixée par décret, qui est dit « socle de prestations (annexe 2-3-1) » ; ce qui contrevient à l'article L. 342-2 du CASF.				
Au 11 septembre 2025 Document transmis : - Modèle du contrat de séjour type et de ses annexes Synthèse : La mission constate que le modèle de contrat de séjour transmis est conforme à la réglementation. Ce constat est corroboré par l'analyse de 5 contrats de séjour de résidents consultés le jour de l'inspection. En conclusion : L'établissement satisfait à la prescription.						

2.3 RECOMMANDATIONS

	Thèmes et sous-thème IGAS	Constats Rapport d'inspection du 14 juin 2024	Recommandations envisagées : lettre du 25 juin 2024	Réponse de l'établissement à l'issue de la phase contradictoire en date du 17 juillet 2024	Notification de décisions définitives suite lettre du 13 Août 2024	Textes de référence
R1	2.1-Fonctions support-Gestion des RH	Remarque 3 : Les effectifs AS/AES/AMP de ■■■ ETP à la date du contrôle serait non conforme en termes de quantité. En effet, selon les critères du CPOM de l'ARS-IDF, il lui faudrait a minima 18,5 ETP ; il lui manquerait ainsi 3,7 ETP d'AS/AES/AMP.	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 ■■■ ETP manquants d'AS/AES.	« Une montée en charge sur le recrutement des ■■■ ETP est envisagée sur la durée du CPOM à compter de sa signature prévue courant 2024 ».	<u>Recommandation maintenue</u>	
Au 11 septembre 2025 Documents transmis : - Liste du personnel septembre 2025 - Organigramme - Planning du personnel soignant du 11 septembre 2025 ; octobre et novembre 2025 Synthèse : Au regard des documents transmis, la situation de effectifs soignants depuis l'inspection du 14/06/2024 est la suivante : En 2024, l'établissement était en sous-effectif de soignants (AS/AES/AMP) pour assurer une prise en charge des soins qualitative et sécurisée selon la charge en soins et dépendances de sa dernière coupe PATHOS validée et le nombre de places en HP autorisé (79) : ■■■ ETP par rapport au besoin de soignants estimé a minima à ■■■ ETP financé par la dotation soin. Par ailleurs, il affectait aux soins ■ agents de soins (AGS) faisant fonction d'aide-soignant (AS), personnels non qualifiés pour cette prise en charge (cf. P10). D'après les documents transmis par l'établissement, au jour de l'inspection, l'établissement est toujours en déficit de ■■■ ETP d'AS/AES/AMP : ■■■ ETP versus un besoin de ■■■ ETP. La situation des effectifs a évolué, sachant qu'il a été abondé d'un AGS ayant été diplômé AS en juillet 2025. Le recrutement d'AS en remplacement des AGS non qualifiés aux soins devrait stabiliser les effectifs de soignants. Il est à noter que l'établissement est en cours de travaux d'agrandissement des chambres, aussi il n'accueille que 69 résidents et ce jusqu'à la fin des travaux estimés à mai 2026 (cf Prescription 1). Aussi, la modulation de ses effectifs dans cette configuration-ci peut s'entendre mais la réouverture des chambres et l'accueil de nouveaux résidents à compter de mai 2026 nécessitera un effectif de soignant conforme à la dotation soins allouée à l'établissement. Enfin, lors des entretiens menés le jour de l'inspection, il a été précisé à la mission que l'établissement souhaite une nouvelle coupe PATHOS pour réajuster la dotation soin qui lui est allouée et mettre le personnel soignant en adéquation avec la charge en soin et dépendance des résidents accueillis au sein de l'EHPAD. Le projet de réévaluation de la charge en soins et dépendance des résidents a été annoncée en CCG le 15/05/2025.						

En conclusion : 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. L'établissement satisfait partiellement à la recommandation						
R2	2.1-Fonctions support- Gestion des RH	Remarque 4 : La mission constate l'absence d'une procédure d'accueil et d'intégration du nouveau personnel	Formaliser une procédure d'accueil du nouveau personnel.	« La procédure d'accueil du nouveau salarié est en cours de rédaction. Nous ne manquerons pas de vous l'adresser dès qu'elle aura été finalisée, présentée et approuvée par nos instances ».	<u>Recommandation maintenue</u>	
<u>Au 11 septembre 2025</u> Une procédure d'accueil du personnel a été transmise par l'établissement L'établissement satisfait à la recommandation						
R3	1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	Remarque 1 : L'établissement ne dispose d'aucun système de gestion des risques.	Etablir un système de gestion des risques.	« Cette recommandation est prise en compte dans le cadre de la prochaine évaluation HAS de notre structure ».	<u>Recommandation maintenue</u> Il est pris acte de la réponse de l'établissement. Toutefois, ce dernier n'a pas à attendre la mise en œuvre de l'évaluation de la HAS afin d'établir un système de gestion des risques.	
<u>Au 11 septembre 2025</u> Documents transmis :						

- Procédure de déclaration et de gestion des événements indésirables (janvier 2025) - Charte : incitation et non-sanction pour les déclarations des événements indésirables - Rapport public Évaluation de la qualité en date du 24/03/2025 Synthèse : La mission d'inspection du 14/06/2024 avait constaté l'absence de dispositif institutionnel de gestion des risques formalisé au sein de l'établissement. L'établissement précisait alors en réponse qu'il était dans l'attente de l'évaluation externe début 2025 pour formaliser ce dispositif. L'évaluation externe a eu lieu les 23 et 24/01/2025. Il ressort de cette évaluation que l'établissement ne satisfait pas à l'ensemble des critères impératifs relatifs à la gestion des risques. Comme précisé dans le rapport, des axes de progrès sont à travailler par l'établissement dans la thématique « Démarche qualité et gestion des risques ». Celui-ci doit notamment, assurer le recueil et le traitement des plaintes et des réclamations ; assurer le recueil et le traitement des événements indésirables ; se doter d'un plan de gestion de crise et de continuité de l'activité. Des éléments transmis par l'établissement, la mission constate que l'établissement est dans une dynamique positive d'élaboration d'un dispositif de gestion des risques par l'élaboration d'une procédure de déclaration et de gestion des événements indésirables et d'une charte d'incitation et non-sanction des EI à l'attention du personnel de l'établissement. Par ailleurs, la mission constate à la lecture du compte-rendu du CVS du 16/06/2025 que le dispositif est complété par : - La centralisation via un logiciel dédié des événements indésirables, - La création prochaine d'un Comité de Gestion des EI pour instruire et donner suite aux EI déclarés - Une adresse mail générique a été créée pour les familles permettant d'adresser directement les réclamations à l'EHPAD. Celles-ci seront instruites et une réponse sera apportée aux familles déclarantes. Force est de constater que l'établissement s'est saisi des constats observés par la mission d'inspection et par l'organisme évaluateur 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). En conclusion : l'établissement satisfait à la recommandation						
R4	3.1-Prise en charge-Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Remarque 2 : le personnel n'est pas formé à la procédure de déclaration des événements indésirables.	Former l'ensemble du personnel à la procédure de déclaration des événements indésirables.	« Cette recommandation est prise en compte dans le cadre de la prochaine évaluation HAS de notre structure ».	<u>Recommandation maintenue</u> Il est pris acte de la réponse de l'établissement. Toutefois, ce dernier n'a pas à attendre la mise en œuvre de l'évaluation de la HAS pour former son personnel à la procédure de déclaration des événements indésirables.	

Au 11 septembre 2025

Documents transmis :

- Plans de développement des compétences 2024-2025

Synthèse : Autant la mission constate que l'établissement formalise un dispositif de gestion des risques (cf : recommandation n°3), autant elle ne peut s'assurer de l'opérationnalité de ce dispositif.

En effet, n'ayant pas été destinataire de feuilles d'émargement de la formation du personnel à la déclaration des EI/EIG malgré la demande qui en a été faite à l'établissement et en l'absence de formations dédiées (au process d'identification, de déclaration et de gestion des EI/EIG ; au fonctionnement du logiciel dédié...) dans les plans de compétences 2024-2025 transmis, elle considère que le personnel n'est pas formé.

Les procédures n'étant pas diffusées en interne et le personnel n'étant pas formé, il ne peut s'approprier les procédures de déclarations et de gestions des EI/EIG et par conséquent déclarer tous dysfonctionnements/EI/EIG.

En conclusion : l'établissement **ne satisfait pas à la recommandation**

3 Conclusion

Au terme de la journée d'inspection sur site et de l'analyse des documents transmis dans les jours suivants, la mission constate que la situation de l'établissement a peu évolué depuis le précédent contrôle réalisé en 2024. Les principales mesures notifiées à cette occasion n'ont pas fait l'objet des corrections attendues, bien que l'établissement ait manifesté une volonté réelle de se conformer à la réglementation.

Des améliorations notables ont été relevées, notamment :

- La contractualisation d'une télé coordination avec un médecin coordonnateur ;
- L'augmentation des effectifs soignants ;
- La qualification d'un agent gériatrique spécialisé (AGS) ;
- La mise en place d'une commission gériatrique ;
- L'instauration d'un dispositif de signalement ;
- La transmission d'une procédure d'accueil du personnel ;
- La mise en conformité des contrats de séjour.

Cependant, ces mesures restent insuffisantes pour répondre pleinement aux exigences réglementaires garantissant la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents. Les non-conformités suivantes persistent :

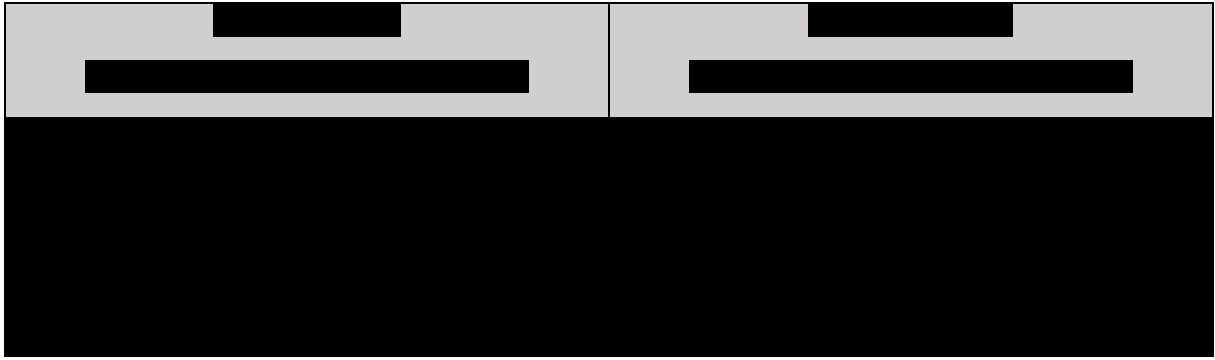
- Absence de qualification du directeur ;
- Non-conformité du PASA (personnel et protocole) ;
- Temps de coordination médicale très insuffisant ;
- Affectation de personnels non qualifiés aux soins ;
- Projet d'établissement et plan bleu non conformes.

L'établissement ne satisfait pas aux exigences réglementaires depuis plus d'un an, malgré la mise en œuvre de certaines actions correctrices témoignant d'une volonté de remédiation. Les échanges avec la direction lors de l'inspection, corroborés par les constats, révèlent que les travaux engagés peinent à aboutir, faute de priorisation. Ces travaux reposent sur une équipe restreinte composée du directeur, d'une cadre de santé, d'un médecin coordonnateur à [REDACTED] ETP et d'un responsable RH. Bien que cette équipe fasse preuve d'engagement, elle nécessite un soutien renforcé de la part de l'association gestionnaire et une implication accrue des équipes de terrain.

La mise en conformité réglementaire ne pourra être atteinte qu'à travers une priorisation des actions à mener à travers un plan d'actions concret, couplé d'un temps dédié et des moyens nécessaires à leur mise en œuvre. À ce jour, les démarches sont menées simultanément, sans aboutir dans les délais impartis par l'ARS. Ces constats ont été confirmés par l'évaluation externe réalisée en janvier 2025.

Enfin, l'établissement a suspendu les admissions de nouveau résident (réduction de 10 lits par rapport à son autorisation), entraînant une baisse du taux d'occupation, en lien avec un programme de rénovation du bâtiment. Cette situation, signalée par la DD95, expose l'établissement à une modulation de sa dotation soins. **Il est donc impératif que la mise en conformité réglementaire soit effective avant la fin des travaux pour garantir aux résidents présents et futurs, une prise en charge de qualité et sécurisée.**

En conséquence, la mission recommande un **suivi rapproché** de l'établissement par les services de l'ARS.

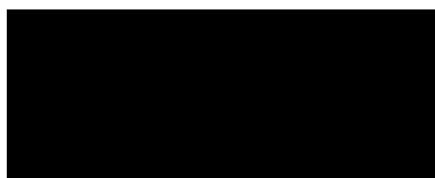


4 Annexes

Annexe 1 : Lettre de mission des inspecteurs de l'ARS



Cabinet du Directeur général
Inspection régionale autonomie santé



Saint-Denis, le 11 septembre 2025

Références : 2025_IDF_00099

Objet : Lettre de mission d'inspection – EHPAD L'EGLANTIER à Gonesse 95 (FINESS N° 950806331)

Mesdames, Monsieur,

L'établissement « EHPAD L'EGLANTIER » situé 7 rue de L'Eglantier à Gonesse (950806331), géré par l'association Arménienne d'aide sociale a fait l'objet d'un contrôle sur pièces de l'ARS IDF le 14 juin 2024.

Par courrier en date du 13 août 2024, il lui a été notifié 5 injonctions, 12 prescriptions et 4 recommandations.

Une visite de contrôle sera réalisée au sein de cet établissement à compter du 11 septembre 2025 afin de vérifier qu'il a été remédié aux manquements précédemment constatés et que les mesures mises en œuvre sont pérennes, notamment sur :

- Autorisations :
 - o La conformité réglementaire du PASA ;
- Gouvernance :
 - o La qualification du directeur ;
- La coordination médicale des soins :
 - o La conformité réglementaire d'un temps de coordination médicale et les modalités de mise en œuvre de la télé coordination dans l'établissement ;
- Droits des résidents et fonctionnement des instances :
 - o La conformité réglementaire du Conseil de la vie sociale (CVS)
- Les ressources humaines, la qualité et la sécurité des prises en charge en soins des résidents :
 - o La qualification des professionnels affectés aux soins
 - o Le dimensionnement de l'effectif soignants en fonction de la prise en charge en soins et dépendance des résidents ;
- Organisation de la prise en charge à l'admission :
 - o La conformité réglementaire des contrats de séjour des résidents.

13 rue du Landy
93200 Saint-Denis
Tél : 01 44 02 09 00
www.iledefrance.ars.sante.fr

La mission sera composée de :

- [REDACTED], inspectrice de l'action sanitaire et sociale¹, coordinatrice, Inspection régionale autonomie santé,
- [REDACTED], inspectrice de l'action sanitaire et sociale¹, Inspection régionale autonomie santé.

La visite comprendra un contrôle sur site et sur pièces. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement.

En outre, la mission de contrôle mènera les entretiens avec les personnes qu'elle jugera utile de rencontrer.

Un rapport me sera remis dans un délai de deux mois à compter de la visite sur site. Il sera accompagné d'un courrier destiné à l'inspecté précisant le maintien ou la levée des décisions administratives prises le 13 août 2024 et le cas échéant la fixation d'un nouveau point d'étape.

p.o.

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

Agence Régionale de Santé Île-de-France
La Directrice Générale Adjointe


Denis ROBIN
Sophie MARTINON

¹ Article L.1421-1 CSP

Annexe 2 : Liste et relevé des documents demandés à l'établissement

Liste du document à transmettre le jour de la visite : organigramme de la structure

Liste des documents à transmettre sur collecte-pro pour le 18 septembre 2025 :

GOUVERNANCE		
<i>Conformité aux conditions d'autorisation</i>		
Q2-1	Les derniers arrêtés de tarification du forfait global de soins, du forfait global dépendance et la dernière décision tarifaire	X
Q2-3	Le dernier procès-verbal validé de la coupe AGGIR-PATHOS	X
Q2-4	Le tableau de suivi mensuel, N-1 et N, des taux d'occupation de chaque activité (hébergement permanent et PASA)	X
Q2-5	Le tableau des chambres par étage et GMP, PMP et nombre de soignants en ETP (document à remplir par l'établissement)	X
Q2-6	Liste des personnels des unités PASA (fonctions et ETP)	X
Q2-7	Le projet spécifique du pôle d'activités et de soins adaptés (PASA)	
Q2-8	Les attestations de formation ou de qualification relatives à la prise en charge des maladies neurodégénératives et assimilées du personnel	X
Q2-9	Protocole du PASA pour la gestion des troubles du comportement et le suivi de l'évolution des symptômes, dans le cadre du projet d'accompagnement et de soins des résidents du PASA.	
Q2-10	Le dernier programme d'activités du PASA	
Q2-11	La convention de coopération du PASA	
GOUVERNANCE		
<i>Management et stratégie</i>		
Q3-1	Le règlement de fonctionnement	X
Q3-2	Le projet d'établissement	X
Q3-3	Le plan bleu	X
Q3-4	Le(s) diplôme(s) et/ou attestation(s) de formation du directeur de l'EHPAD	X
Q3-5	Le(s) contrat(s) de travail (et éventuel(s) avenant(s)) ou l'Arrêté de nomination du directeur de l'EHPAD	X
Q3-6	Les 3 dernières fiches de paie du directeur de l'EHPAD	X
Q3-7	Le document unique de délégation ou la lettre de mission signée du directeur de l'EHPAD	X
Q3-8	Tous documents justifiants de la mise en place d'un temps de coordination médicale dans l'EHPAD, notamment : ☐ Les diplôme(s) et/ou attestation(s) de formation du MEDCO ☐ Le(s) contrat(s) de travail (et éventuel(s) avenant(s)) du MEDCO ☐ Les 3 dernières fiches de paie du MEDCO ☐ La « fiche détaillée des données RPPS » du MEDCO Les preuves de publication d'annonce de recrutement d'un MEDCO	
Q3-9	Si mise en place d'un dispositif de télé coordination : ☒ Le contrat de travail du MEDCO en télé coordination, ☐ Fiche de poste du MEDCO en télé coordination précisant ses missions ☒ Diplômes de MEDCO en télé coordination	
GOUVERNANCE		
<i>Animation et fonctionnement des instances</i>		
Q5-1	Le règlement intérieur du Conseil de la vie sociale (CVS)	X
Q5-2	Les comptes rendus, N-1 et N du CVS	X
Q5-3	Le rapport d'activité annuel du CVS de 2023 et 2024	
FONCTIONS SUPPORT		
<i>Gestion des ressources humaines</i>		
Q8-1	Le tableau de suivi des effectifs prévisionnels/réels/à pourvoir	x
Q8-2	La liste des agents en cours de formation qualifiante ainsi que leur attestation d'inscription à la formation qualifiante	X

Q8-3	Le Plan de qualification en AS/AES des personnels AGS affectés aux soins. Le plan d'action doit a minima comporter : ☐ Prénom et nom des AGS concernés ; ☐ Formation qualifiante envisagée (DEAS, DAES) ; ☐ Dispositif d'accès envisagé (VAE...) ; ☐ Organisme de formation envisagé ; ☐ Mode et coût de financement envisagés (CPF...) ; ☐ Date prévisionnels des formations envisagées.	X
Q8-4	Copie des attestations de réussite et /ou de fin de formation des AGS concernés selon la réalisation du plan de qualification pluriannuel	X
Q8-5	L'extrait du plan de formation N-1 et N	X
Q8-6	La procédure d'accueil et d'intégration du nouveau personnel arrivant	X
Q8-7	La maquette organisationnelle de l'équipe soignante de jour et de nuit + nombre de soignants attendu par jour et par nuit, par étage/unité et par catégorie professionnelle (équipe et contre-équipe), hors IDE	X
Q8-8	Au format tableur (EXCEL ou Libre office CALC), le planning M-1, M et M+1, jour et nuit, du personnel soignant (AS/ASG et AES/AMP) et AUX/AVS + Légende explicative de l'ensemble des codes utilisés	X
Q8-9	Fiche de tâches des AS/AES/AGS	X
PRISE EN CHARGE		
<i>Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie</i>		
Q6-1	Le(s) compte(s) rendu(s) N-1, le cas échéant N, de la commission de coordination gériatrique (CCG)	X
Q6-2	L'ordre du jour de la prochaine CCG de 2025	X
Q6-3	Un exemplaire type Contrat de séjour et ses annexes	X
GOUVERNANCE		
<i>Gestion des risques, des crises et des événements indésirables</i>		
Q7-1	Dernière enquête de satisfaction	X
Q7-2	Procédure de déclaration interne et externe (ARS/CD) des EI, EIG, EIAS	X
Q7-3	Protocole de gestion et d'analyse des EI-EIG et EIAS	X
Q7-4	Feuille d'émargement N-1 et N de la formation du personnel soignant à la déclaration des EI/EIGS	
Q7-5	Extraction EXCEL du registre des réclamations et plans d'action corrective mis en œuvre pour 2024 (ou copie)	
Q7-6	Charte de protection des salariés déclarant un EI et mode(s) de diffusion aux salariés	X

Annexe 3 : Liste des professionnels avec lesquels la mission s'est entretenue

- Le directeur
- La gestionnaire ressource humaine
- Le medco
- La cadre de santé

5 Liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport

AES : Accompagnant éducatif et social

AMP : Auxiliaire médico-psychologique

ARS : Agence régionale de Santé

AVS : Auxiliaires de vie sociale

AS : Aide-soignant

CASF : Code de l'action sociale et des familles

CDD : Contrat à durée déterminée

CDI : Contrat à durée indéterminée

CDS : Contrat de séjour

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CSP : Code de la santé publique

CT : Convention tripartite pluriannuelle

CVS : Conseil de la vie sociale

DUD : Document unique de délégation

EI/EIGG : Evènement indésirable/évènement indésirable grave

ETP : Equivalent temps plein

IDE : Infirmier diplômé d'Etat

IDEC : Infirmier diplômé d'Etat coordonnateur

PAI : Projet d'accompagnement individualisé

PACQ : Plan d'amélioration continu de la qualité

PACQSS : Programme d'amélioration continu de la qualité et de la sécurité des soins

PE : Projet d'établissement

PEC : Prise en charge

RDF/RF : Règlement de fonctionnement

RH : Ressources humaines



13 rue du Landy

93200 Saint-Denis Tél : 01 44 02 00 00

iledefrance.ars.sante.fr

Agence régionale de santé Ile-de-France
Rapport d'inspection n°2025_IDF_00099