

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

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

Madame Isabelle TOUYA
Centre d'Action Sociale de la Ville de
Paris
Adjointe à la sous-directrice de
l'autonomie
Direction des solidarités
5, bd Diderot
75012 Paris

Affaire suivie par : [REDACTED]
Courriel : [REDACTED]@paris.fr
Téléphone : 01 89 68 91 43

Affaire suivie par : [REDACTED]
Courriel : [REDACTED]@ars.sante.fr
Téléphone : 06 59 77 56 62

Paris, le **05 FEV. 2026**

Lettre recommandée avec AR
N° 1A 186 245 8391 7

Madame,

Comme annoncé dans notre courriel du 20 septembre 2024, un contrôle sur pièces de l'EHPAD « Huguette Valsecchi » a été réalisé au titre du programme pluriannuel de contrôle des EHPAD. Ce programme s'inscrit dans le cadre de l'orientation nationale d'inspection contrôle validée par le Conseil national de pilotage des ARS et des engagements de la Ville de Paris de renforcer les contrôles des EHPAD parisiens.

Dans le cadre de la procédure contradictoire, en application des articles L. 121-1 et L. 122-1 du code des relations entre le public et l'administration, nous vous avons adressé le rapport que nous a remis la mission de contrôle, ainsi que les 1 injonction, 10 prescriptions et 6 recommandations que nous envisageons de vous notifier.

Vous nous avez transmis des éléments de réponse détaillés le 7 novembre 2025 et nous vous en remercions.

Les éléments transmis permettent de retirer les mesures suivantes :

- Prescription 2 : Procéder à une évaluation externe de l'établissement,
- Recommandation 6 : Veiller à respecter le temps de présence des éducateurs sportifs ou des kinésithérapeutes.

Cependant, au regard de l'ensemble des éléments de réponse apportés, des actions correctrices restent nécessaires.

Ainsi, nous vous notifions à titre définitif 1 injonction partiellement maintenue, 9 prescriptions et 5 recommandations que vous trouverez en annexe au présent courrier.

Nous vous encourageons à poursuivre ces démarches et à engager les mises en conformité demeurant nécessaires dans les délais impartis.

Nous appelons votre attention sur la nécessité de transmettre à la Délégation départementale de Paris de l'ARS Île-de-France (dahlia.elenga@ars.sante.fr) et à la Ville de Paris (dsol-autonomie-inspection@paris.fr) les éléments de preuve documentaire permettant le suivi des mesures correctives et la levée des injonctions.

Nous vous rappelons que le constat de l'absence de mise en œuvre de chacune des mesures correctives dans les délais fixés et de persistance des risques ou manquements mis en cause, peut donner lieu, en application des dispositions des articles L. 313-14 et 16 ainsi que R313-25-1 à 3 du code de l'action sociale et des familles (CASF), à une astreinte journalière, à l'interdiction de gérer toute nouvelle autorisation prévue par le CASF, à l'application d'une sanction financière, à la mise sous administration provisoire ou à la suspension ou la cessation, totale ou partielle, de l'activité de l'établissement.

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>

Nous vous prions d'agréer, Madame la Sous-directrice adjointe, l'expression de notre considération distinguée.

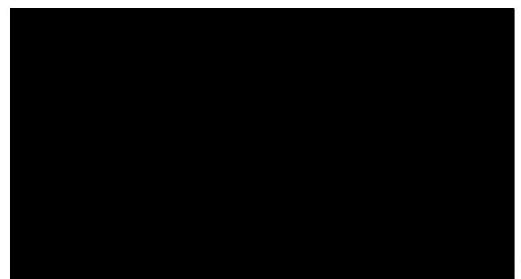
Pour le Directeur Général de l'Agence Régionale de
Santé Île-de-France et par délégation

Le Directeur de la Délégation départementale de
Paris



Tanguy BODIN

Pour la Maire de Paris et par délégation,



Copie à : Monsieur Colin DELANNOY, directeur
EHPAD Huguette VALSECCHI
14, rue Marie Skobtov 75015 PARIS

Annexe : Mesures envisagées dans le cadre du contrôle réalisé au sein de l'EHPAD Huguette VALSECCHI réalisé à partir du 20 septembre 2024

Injonction envisagée	Réf. rapport	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision	Délai de mise en œuvre
<p>11 Améliorer la sécurité des résidents pris en charge lors de certaines situations en :</p> <ul style="list-style-type: none"> - précisant dans le règlement intérieur les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situation exceptionnelle, et les modalités d'accompagnement des usagers atteints de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés ; - formalisant la préparation et la gestion des situations sanitaires exceptionnelles, et établissant les modalités d'un RETEX à faire figurer dans les annexes du plan bleu. <p>Transmettre le règlement intérieur mis à jour et les annexes du Plan bleu.</p>	<p>Ecart 1 : L'établissement ne précise pas dans son règlement intérieur, les rythmes de vie collectifs, les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situation exceptionnelle, les modalités d'accompagnement des usagers atteints de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés.</p> <p>Ecart 2 : Les annexes du plan bleu n'ont pas été transmises et un RETEX sur la préparation et la gestion des situations sanitaires exceptionnelles n'y est pas mentionné.</p>	<p>Article R.311-37 du CASF</p> <p>Instruction interministérielle N° DGS/VSS2/D GCS/SD3A/2022/258 du 28/11/2022</p>	<p>L'établissement indique que le règlement de fonctionnement fait l'objet d'une mise à jour pilotée par les services du siège du gestionnaire.</p> <p>L'établissement a transmis :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le Plan bleu avec les annexes. L'annexe IX détaille les modalités d'organisation d'un retex en cas de crise sanitaire exceptionnelle (objectifs, participants, méthodologie) • Des plans des locaux, • Un organigramme mis à jour en septembre 2025, • Une convention de coopération entre l'AP-HP (non signée) et l'Ehpad Huguette Valsecchi. 	<p>Injonction partiellement maintenue</p> <p>Transmettre le règlement de fonctionnement à jour.</p>	<p>3 mois</p>

	Prescription envisagée	Réf. Rapport	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision	Délai de mise en œuvre
P 1	<p>Prévenir tout risque de glissement de tâches au sein de l'équipe soignante : infirmier, aide-soignant, accompagnant éducatif et social et ASO.</p> <p>Transmettre les fiches de postes mises à jour.</p>	<p>Ecart 19 : Il existe un risque de glissement de tâches des ASO concernant les toilettes en binômes.</p>	<p>L.4391-1 du CSP (exercice aide-soignant) et arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au DE AS.</p> <p>D451-88 et -89 du CASF et annexe 1 de l'arrêté du 30 août 2021 relatif au DE AES.</p>	<p>L'établissement a transmis des fiches de poste des IDE, des AS et des ASO.</p> <p>La fiche de poste ASO indique que « les soins complexes sont réalisés par les AS, voire en binôme en fonction des situations. Les ASO au chevet ne sont pas habilités à distribuer des traitements ».</p>	<p>Il n'est pas indiqué que les ASO ne peuvent pas effectuer les toilettes au lit</p> <p>Transmettre les fiches de poste et de tâches des ASO corrigées</p> <p>Prescription partiellement maintenue</p>	1 mois
P 2	<p>Procéder à une évaluation externe de l'établissement au moins tous les 5 ans.</p> <p>Transmettre les résultats d'une évaluation récente.</p> <p>Délai : 1 an.</p>	<p>Ecart 11 : L'établissement n'a pas procédé à une évaluation externe entre 2017 et 2023.</p>	<p>Article D312-204 du CASF</p>	<p>L'établissement a transmis l'évaluation externe réalisée le 24 septembre 2024.</p> <p>Les cotations globales sont satisfaisantes, mais nettement</p>	<p>Prescription retirée</p>	



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



				<p>insuffisantes sur les objectifs suivants :</p> <p>a) « La personne accompagnée est actrice des instances collectives, sa participation effective est favorisée » (2,0/4),</p> <p>b) « La personne est actrice de la personnalisation de son PAP » (2,7/4),</p> <p>c) « Les professionnels contribuent aux questionnements éthiques » (2,75/4),</p> <p>d) « L'ESSMS définit et déploie sa stratégie en matière de bientraitance » (2/4),</p> <p>e) « L'ESSMS définit et déploie son plan de prévention des risques de maltraitance et de violence » (2,33/4).</p>		
--	--	--	--	---	--	--

<p>P 3</p>	<p>Assurer un temps de présence du médecin coordonnateur au-delà de 0,6 ETP.</p>	<p>Ecart 4 : Le temps de présence du médecin coordonnateur (0.6 ETP) est insuffisant par rapport au nombre de résidents (101 places).</p>	<p>Article D.312-156 du CASF</p>	<p>L'établissement a transmis : Le CDD de 3 ans, signé et commencé, d'un médecin avec 0,6 ETP en tant que médecin coordonnateur, Le CDD non signé et non commencé d'un autre médecin pour 0,5 ETP sans précision de médecin coordonnateur / médecin traitant.</p>	<p>Transmettre le CDD de la 2^o médecin signé et précisant les ETP en tant que médecin coordonnateur</p> <p>Prescription maintenue</p>	<p>1 mois</p>
<p>P 4</p>	<p>Mettre en place une organisation de l'équipe soignante offrant une meilleure prise en charge des résidents en :</p> <ul style="list-style-type: none"> Permettant une lisibilité de l'organisation de l'équipe soignante avec des plannings afin de s'assurer de son bon fonctionnement. Stabilisant l'équipe soignante afin d'assurer la présence d'effectifs suffisants pour 	<p>Ecart 17 : L'établissement n'a pas fourni les plannings des autres catégories de celles des IDE.</p> <p>Ecart 15 : Les ETP infirmiers sont légèrement inférieurs à ceux prévus dans le CPOM 2023-2027 : 6,75 IDE au lieu de 7 IDE prévus.</p> <p>Ecart 16 : La part des postes vacants, notamment</p>	<p>Articles L311-3, 1^o CASF L451-1 du CASF D.312-155-0 et D312-156 du CASF</p>	<p>L'établissement a transmis :</p> <ul style="list-style-type: none"> les plannings mensuels des AS-ASO et IDE jusqu'à décembre 2025 inclus, <p>Concernant les IDE, il s'agit des plannings de jour et non de nuit.</p>	<p>Transmettre les documents montrant la baisse du nombre de postes vacants et du recours aux effectifs aux contrats de courte durée.</p> <p>Transmettre les documents corroborant l'augmentation du</p>	<p>3 mois</p>



	<p>sécuriser la prise en soins des résidents.</p> <ul style="list-style-type: none"> Renforçant les effectifs titulaires dans le but de réduire le nombre de postes vacants. Respectant le nombre d'ETP infirmiers fixé au CPOM. Garantissant une présence IDE de nuit par des titulaires. <p>Transmettre tous les documents nécessaires qui en attestent dont les plannings prévisionnels à 3 mois à compter de la réception de cette notification.</p>	<p>concernant le personnel soignant, est importante.</p> <p>Ecart 18 : Le nombre insuffisant d'IDE ne permet pas d'assurer pleinement la sécurité des résidents.</p> <p>Remarque 8 : La part des IDE contractuels de courte durée, intérimaires et vacataires dans le total des ETP des IDE est égale à la totalité la nuit sur la période étudiée et à environ 20% le jour.</p>		<ul style="list-style-type: none"> un organigramme à jour indiquant les ETP. 	<p>nombre de postes d'IDE afin de respecter les objectifs du CPOM.</p> <p>Prescription Partiellement maintenue</p>	
P 5	<p>Transmettre l'inscription à l'ordre de l'IDEC et les diplômes de tous les infirmiers contractuels ou intérimaires.</p>	<p>Ecart 3 : L'établissement n'a pas transmis l'inscription de l'IDEC à l'ordre des infirmiers.</p> <p>Ecart 20 : La mission ne peut s'assurer de la qualification des IDE (vacataires ou intérimaires) travaillant la nuit.</p>	<p>Articles L.4312-1 du CSP et L.311-3 1° & 3° du CASF</p>	<p>L'établissement a transmis 3 diplômes d'infirmiers.</p> <p>L'IDEC n'a pas transmis son inscription à l'ordre des infirmiers</p>	<p>Transmettre les diplômes des IDE intervenant la nuit et l'inscription à l'ordre des infirmiers.</p> <p>Prescription partiellement maintenue</p>	<p>1 mois</p>

<p>P 6</p>	<p>Améliorer le traitement des événements indésirables graves en :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettant davantage en œuvre la procédure de déclaration et la charte d'incitation ; • Formant les agents à la gestion des EI (identification, classification et traitement). 	<p>Remarque 6 : La procédure de déclaration des événements indésirables graves et la charte d'incitation sont peu mises en œuvre.</p> <p>Remarque 7 : Il n'est pas apporté à la connaissance de la mission l'existence de formation des agents sur la gestion des EI (identification, classification et traitement).</p>		<p>L'établissement a constitué un Comité de pilotage « Qualité et gestion des risques » qui a notamment pour but de diffuser la culture de la déclaration avec la démarche d'amélioration continue de la qualité. Le plan d'actions comprendra les mesures de formation et d'incitation à la déclaration.</p>	<p>Transmettre le compte-rendu de la réunion du Comité de pilotage et le plan d'actions complet.</p> <p>Prescription maintenue</p>	<p>3 mois</p>
<p>P 7</p>	<p>Mettre en conformité le CVS en :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le réunissant au moins 3 fois par an, • Retirant le suppléant du représentant de l'organisme gestionnaire, • Précisant le statut des membres : titulaire, suppléant, avec voix consultative, invité, 	<p>Ecart 5 : La mission ne peut s'assurer que le CVS se réunit 3 fois par an.</p> <p>Ecart 6 : Un suppléant du représentant de l'organisme gestionnaire est membre du CVS.</p> <p>Ecart 7 : Les comptes rendus n'indiquent pas qui vote et ne permettent pas de</p>	<p>Articles D.311-5, D.311-15, D.311-16 et R.331-10 du CASF</p>	<p>L'établissement a transmis :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une liste partielle de membres du CVS suite aux élections qui ont eu lieu le 7 juillet 2025 : les représentants titulaires et, le cas échéant, 	<ul style="list-style-type: none"> • L'établissement n'a pas montré qu'il a réuni au moins trois fois le CVS sur une année. • L'établissement n'a pas envoyé la liste complète des membres, avec leur statut : titulaire, 	<p>1 an</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Faisant apparaître les votes exprimés, • L'informant des EIG déclarés aux autorités de tutelle et de leur suivi, • Présentant un suivi et un bilan des réclamations reçues, • Lui faisant jouer pleinement son rôle d'instance participative associant les résidents et leurs représentants à la vie de l'établissement, • Complétant le règlement de fonctionnement et le présentant au CVS pour avis. <p>Transmettre les comptes rendus qui en attestent et le règlement de fonctionnement mis à jour</p>	<p>s'assurer que les membres de la direction sont présents de manière seulement consultative.</p> <p>Ecart 8 : La mission ne peut s'assurer qu'il est possible au CVS de jouer pleinement son rôle d'instance participative associant les résidents et leurs représentants à la vie de l'établissement.</p> <p>Ecart 9 : L'établissement n'a pas informé le CVS des EIG déclarés aux autorités de tutelle.</p> <p>Ecart 14 : L'établissement n'a pas fait état de bilans sur les réclamations et les demandes faites en CVS.</p> <p>Remarque 1 : La mission ne peut s'assurer que le contenu du règlement de fonctionnement a été validé par le CVS. Celui-ci ne fait pas apparaître les spécificités de l'établissement.</p>		<p>suppléants des résidents, des familles & tuteurs et des représentants du personnel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le compte-rendu de la réunion du 14 octobre 2025 signé par le Président. • Un représentant du gestionnaire est mentionné, sans mention de suppléant. Trois votes ont eu lieu pendant la séance (élection du Président du CVS par les résidents, avis sur les modifications du contrat de séjour et du règlement de fonctionnement). 	<p>suppléant, avec voix consultative.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'établissement n'a pas envoyé de compte rendu incluant la présentation des EIG déclarés, un suivi et un bilan des réclamations reçues. <p>Prescription Partiellement maintenue</p>	
--	---	---	--	---	--	--

<p>P 8</p>	<p>Promouvoir la qualité des soins afin d'optimiser la prise en charge des résidents en :</p> <ul style="list-style-type: none"> • assurant une réunion a minima annuelle de la commission de coordination gériatrique, • développant des formations et des actions de sensibilisation en s'appuyant sur les ressources internes, • organisant des réunions de synthèse, des temps d'étude de cas sur des thèmes tels que la prévention et la rééducation, • précisant la part des résidents couverts par un médecin traitant. <p>Transmettre tous les documents nécessaires qui en attestent.</p>	<p>Ecart 21 : La mission ne peut s'assurer du caractère annuel de la commission de coordination gériatrique.</p> <p>Remarque 10 : L'établissement n'a pas informé de l'organisation en interne de formations.</p> <p>Remarque 12 : Aucun document transmis ne précise l'existence ni la fréquence des réunions de synthèse, ni des temps d'étude de cas sur des thèmes tels que la prévention et la rééducation.</p> <p>Remarque 13 : Les documents fournis ne précisent pas, pour tous les résidents, ceux qui sont suivis par un médecin traitant</p>	<p>Article D.312-158 3° du CASF</p> <p>HAS, "La Commission de coordination gériatrique", 2018</p> <p>RBPP HAS "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance"</p>	<p>L'établissement a indiqué que le recrutement pérenne d'un médecin coordinateur permettra de réunir dès 2025 la commission de coordination gériatrique.</p> <p>Il indique que cette arrivée et celle d'un médecin traitant à mi-temps permettent d'assurer une couverture complète de l'établissement par un médecin traitant.</p> <p>L'établissement n'a pas transmis les éléments de preuve.</p>	<p>Transmettre les éléments de preuve.</p> <p>Prescription maintenue</p>	<p>3 mois</p>
<p>P 9</p>	<p>Mettre en œuvre des actions de développement de la qualité, notamment sur la promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance en :</p>	<p>Ecart 12 : La politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance n'est pas mentionnée dans le livret d'accueil.</p>	<p>Article D.311-3 du CASF</p>	<p>L'établissement n'a pas transmis de document.</p>	<p>Prescription maintenue</p>	<p>3 mois</p>



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



	<ul style="list-style-type: none"> organisant un suivi du PACQ avec des objectifs, des indicateurs de réalisation, des référents et des échéances, incluant une formation sur le repérage de la maltraitance, mentionnant la politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance dans le livret d'accueil. <p>Transmettre tous les documents nécessaires qui en attestent.</p>	<p>Ecart 10 : L'établissement n'a pas donné d'information sur la mise en œuvre de son plan d'amélioration continue de la qualité ni sur l'existence d'un comité de pilotage pour son suivi.</p> <p>Remarque 5 : Les actions de formation n'incluent pas le repérage de la maltraitance.</p>				
P 10	Assurer un traitement efficace des situations de violence au sein de l'établissement en élaborant une procédure en cas d'agression, de violence et de harcèlement sexuel.	Ecart 13 : L'établissement n'a pas transmis de procédure en cas d'agression, de violence et de harcèlement sexuel.	Article L.331-8-1 du CASF	L'établissement n'a pas transmis de document.	Prescription maintenue	1 mois

	Recommandation envisagée	Réf. rapport	Réponse de l'établissement	Décision
R 1	<p>Mettre à jour le projet d'établissement en :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enlevant la mention d'une UHR, - Le faisant signer et dater par l'organisme gestionnaire. <p>Transmettre le projet d'établissement mis à jour.</p>	<p>Remarque 2 : La mission ne peut s'assurer que le projet d'établissement a été signé par l'organisme gestionnaire.</p> <p>Remarque 3 : Le projet d'établissement mentionne la prise en charge au sein d'une Unité d'Hébergement Renforcée qui n'est pas présente au sein de l'établissement.</p>	<p>L'établissement a transmis un projet d'établissement sans mention d'une UHR.</p> <p>Le projet d'établissement n'est pas signé ni daté par l'organisme gestionnaire.</p>	Recommandation maintenue
R 2	<p>Mettre à jour la fiche de poste du directeur en mentionnant la préparation de la commission de sécurité.</p>	<p>Remarque 4 : La préparation de la commission de sécurité à l'EHPAD Huguette Valsecchi n'est pas mentionnée dans la fiche de poste du directeur.</p>	<p>L'établissement a indiqué que la fiche de poste du directeur serait complétée pour intégrer la préparation et le suivi de la commission communale de sécurité, mais ne l'a pas transmise.</p>	Recommandation maintenue
R 3	<p>Harmoniser les outils de gestion des personnels contractuels de courte durée et intérimaires afin d'en avoir le suivi le plus fiable et le plus exhaustif.</p>	<p>Remarque 9 : Les données concernant les personnels intérimaires et contractuels ne sont pas cohérentes entre les différents documents.</p>	<p>L'établissement a transmis l'attestation de livraison de mise en place d'une solution informatique dédiée.</p> <p>Elle permet d'assurer un suivi détaillé des présences des personnels non permanents de courte durée. C'est la solution informatique unique pour le recrutement et le suivi des personnels de courte durée.</p>	<p>Transmettre une extraction informatique attestant le suivi détaillé des personnels non permanents de courte durée</p> <p>Recommandation maintenue</p>

	Recommandation envisagée	Réf. rapport	Réponse de l'établissement	Décision
R 4	Transmettre le tableau de mise en œuvre et de suivi des PAP.	Remarque 11 : La Mission ne peut s'assurer de la mise en œuvre de la procédure et de l'actualisation périodique des PAP des résidents.	L'établissement a transmis un tableau de suivi nominatif de la réalisation des PAP. Le tableau ne comporte pas de colonnes avec la date de signature et celle de mise à jour annuelle du PAP	Transmettre un tableau avec une colonne pour les dates de signature et de renouvellement annuel Recommandation maintenue
R 5	Compléter le protocole de soins palliatifs et fin de vie en y incluant les pratiques d'accompagnement plus personnalisées à savoir : l'alimentation, l'hydratation et la prise en compte de l'environnement	Remarque 14 : Le protocole soins palliatifs et fin de vie n'inclut pas les notions d'accompagnement du résident avec des tournées régulières du personnel, l'alimentation et l'hydratation, les notions de luminosité et de silence de l'environnement.	L'établissement a répondu qu'un protocole de soins palliatifs rédigé au niveau du gestionnaire fera l'objet d'une déclinaison locale, en lien avec les orientations indiquées dans le projet d'établissement. Il n'a pas transmis de document.	Recommandation maintenue
R 6	Veiller à respecter le temps de présence des éducateurs sportifs ou des kinésithérapeutes.	Remarque 15 : Le minima de 3 journées de travail par semaine pour le kinésithérapeute ou bien l'éducateur sportif n'est pas respecté.	L'établissement indique que l'EAPA est présent 2,5 jours par semaine et la kinésithérapeute 4 demi-journées par semaine. Cela représente 4,5 jours par semaine, chiffre supérieur à trois jours par semaine.	Recommandation retirée