

Ville de Paris
Direction des solidarités
Sous-direction de l'autonomie
Affaire suivie par [REDACTED]
Courriel : dsoi-autonomie-inspection@paris.fr

Agence Régionale de Santé
Délégation départementale de Paris
Affaire suivie par : [REDACTED]
Courriel : ars-dd75-medico-social@ars.sante.fr

Madame Christel ROUSSEL
Présidente
SEDNA France
222, avenue de l'Argensol
84100 Orange

Lettre recommandée avec AR

N° 1A 184 245 8395 5

Saint-Denis, le **12 MARS 2026**

Madame la Présidente,

Dans le cadre du plan national d'inspection et de contrôle des EHPAD, un contrôle conjoint a été réalisé au sein de l'EHPAD « Jean Baptiste CARPEAUX », le 15 novembre 2024 par l'Agence Régionale de Santé Île-de-France et la Ville de Paris.

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 6 novembre 2025 le rapport que nous a remis la mission d'inspection, ainsi que 3 injonctions, 12 prescriptions et 19 recommandations que nous envisageons de vous notifier.

Vous nous avez transmis des éléments de réponse lors de la phase contradictoire le 11 décembre 2025 et nous vous en remercions. Au regard de ceux-ci, nous retirons les mesures suivantes :

- Une injonction relative au recrutement de personnel qualifié pour l'équipe soignante,
- Une injonction relative à la mise en place d'un suivi mensuel des pesées,
- Une prescription relative à l'élaboration d'une démarche continue de la qualité,
- Une prescription relative à l'intégration de la charte des droits et libertés dans le livret d'accueil.

Nous attirons votre attention sur la nécessité de maintenir un effort constant et continu dans la mise en œuvre des mesures restantes, notamment :

- L'injonction sur la transmission de plannings sur six mois consécutifs et un registre unique du personnel (RUP) complet et à jour,
- La prescription sur la procédure de gestion des décès massifs et la procédure de rappel des personnels du plan bleu,
- La prescription sur les éléments de mise en œuvre d'une politique de bienveillance,
- La prescription sur la transmission de fiches de tâches heurées actualisées et complètes, intégrant notamment les transmissions orales du matin,
- La prescription sur la transmission de date de renouvellement des PAI pour l'année 2026,
- La prescription sur la collaboration entre IDE et AS dans la sécurisation du circuit du médicament,
- La prescription sur la transmission de données fiables sur les effectifs de l'équipe soignante.

C'est pourquoi, nous vous notifions à titre définitif 1 injonction, 10 prescriptions et 7 recommandations que vous trouverez en annexe au présent courrier.

Nous appelons votre attention sur la nécessité de transmettre à la Délégation départementale de Paris de l'ARS IDF ([REDACTED] et ars-dd75-medico-social@ars.sante.fr) et à la Ville de Paris (dsoi-autonomie-inspection@paris.fr) les éléments de preuve documentaire permettant la levée définitive de ces décisions et par la plateforme Bluefiles : <https://bluefiles.com/ars/ars-dd75-inspection->

controle-sur-pieces. Les tutoriels de dépôt sur Bluefiles, ainsi que la notice relative au RGPD, sont annexés au présent courrier.

Nous vous rappelons que l'absence de mise en œuvre, dans le délai imparti, des mesures correctrices enjointes peut être sanctionnée par application des dispositions des articles L. 313-14 et L.313-16 du code de l'action sociale et des familles par l'application de sanctions financières, la mise sous administration provisoire ou la suspension, la cessation ou la fermeture, 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 sur le site <https://citoyens.telerecours.fr>

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

Pour Le Directeur général de l'Agence Régionale
de Santé Ile-de-France et par délégation,
Le Directeur de la Délégation départementale de Paris

Pour la Maire de Paris, Madame la Présidente,

La Directrice

Jeann

Copie à :

Madame Christine RICHET,
Directrice de l'EHPAD Jean-Baptiste Carpeaux
197-199 rue Marcadet
75018 Paris

ANNEXE : Décisions prises dans le cadre du contrôle sur pièces à partir du 15 novembre 2024 de l'EHPAD « Jean Baptiste CARPEAUX »

	Injonctions	Réf. rapport	Réponse de l'établissement au contradictoire	Décision
1	<p>Engager des procédures de recrutement de personnel qualifié pour l'équipe de soins. Transmettre toutes preuves des démarches mises en œuvre ou des recrutements effectués.</p>	<p>Ecart 11 : Le manque de professionnels dans l'équipe soignante sous contrat CDI et CDD.</p> <p>Ecart 13 : L'absence d'IDE sur plusieurs mois n'a pas permis en 2023 d'assurer la sécurité des soins en continue.</p> <p>Article D.312-155-0 du CASF R.4311-4 du CSP</p>	<p>« Nous sommes actuellement engagés dans une phase de stabilisation de l'équipe soignante. Depuis le mois d'avril 2025, plusieurs contrats à durée indéterminée ont été conclus afin de renforcer durablement les effectifs. Parallèlement, des contrats à durée déterminée longs ont également été signés pour sécuriser la continuité des soins et pallier les difficultés persistantes de recrutement.</p> <p>Malgré ces efforts, nous faisons toujours face à un marché de l'emploi particulièrement tendu, marqué notamment par des refus de signature de CDI. Afin de diversifier et d'intensifier nos recherches, nous mobilisons plusieurs canaux de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la plateforme [REDACTED] pour l'organisation des remplacements ponctuels en CDD, • [REDACTED] pour la diffusion d'offres et le recrutement en CDI comme en CDD. <p>Vous trouverez ci-joint l'ensemble des contrats de travail des salariés en poste depuis janvier 2025.</p> <p>A l'appui des démarches engagées, l'établissement a fourni 46 contrats de travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 19 contrats signés avant le contrôle, - 14 CDI signés avec des aides-soignants, - 3 CDI et 1 CDD signés avec des infirmiers, - 1 CDI signé avec une infirmière coordinatrice, - 5 CDI signés avec des ASH, - 1 CDI signé avec des AES, - 2 CDI signés avec un adjoint direction et médecin prescripteur. 	<p>Injonction retirée</p>

2	<p>Mettre fin au recrutement d'aides-soignants en auto-entrepreneariat.</p> <p>Transmettre les plannings pendant les six prochains mois, au terme échu de chaque mois et le RUP correspondant réactualisé mensuellement.</p>	<p>Ecart 12 : Le recours par l'établissement à des aides-soignants en auto-entrepreneariat contrevient à l'article R.4311-4 du code de la santé publique</p>	<p>« Le recours à des aides-soignants sous statut d'auto-entrepreneur a été totalement arrêté au sein de l'établissement. Cette pratique n'est désormais plus utilisée pour assurer la continuité des soins ou pour compléter les effectifs. Les plannings sont établis mensuellement, afin de garantir une organisation anticipée et une meilleure visibilité pour les équipes. À ce titre, nous vous transmettons les plannings réalisés du mois de novembre. Nous ne manquerons pas de vous les transmettre une fois le mois échu.</p> <p>Nous vous adressons également le RUP mis à jour, conformément à vos attentes. »</p>	<p>Injonction maintenue</p> <p>Pour les plannings de décembre 2025, janvier, février, mars, avril 2026</p> <p>Délai : mai 2026</p>
3	<p>Mettre en place un rythme de pesée mensuel et un suivi nutritionnel pour chaque résident.</p> <p>Transmettre le relevé des pesées et des IMC pour chaque résident accueillis dans la structure du jour de décembre 2024 à septembre 2025 inclus (document Excel transmis) en indiquant les actions prises pour les résidents dénutris.</p>	<p>Ecart 20 : Le suivi mensuel des pesées ainsi que le suivi nutritionnel des résidents ne sont pas effectués</p> <p>Article L.311- 3 1° & 3° du CASF Recommandations des bonnes pratiques de l'HAS du 10 novembre 2021 : diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus</p>	<p>« Nous avons mis à jour le tableau de suivi des poids et des IMC de nos résidents présents entre décembre 2024 et septembre 2025.</p> <p>Concernant les résidents dénutris, le médecin coordonnateur réalise un suivi des poids en collaboration avec les équipes soignantes. Un régime alimentaire adapté est mis en place, soit un régime hyper-protéiné soit un régime par complément alimentaire.</p> <p>L'établissement présente un taux de dénutris de 50 %, dont 20 % sont en situation de dénutrition sévère. La Mission attire l'attention de la direction de l'établissement sur la nécessité de poursuivre le suivi des dénutris de façon régulière et constante.</p>	<p>Injonction retirée</p>

	Prescriptions	Réf. rapport	Réponse de l'établissement au contradictoire	Décision
1	<p>Tendre vers un taux d'occupation égal ou supérieur à 95% et transmettre les preuves des différentes actions mises en place dans ce but.</p>	<p>Ecart 1 : Au jour du contrôle, le taux d'occupation est inférieur à 95%.</p> <p>Article R314-160 du CASF</p>	<p>« Notre établissement rencontre des difficultés de taux d'occupation, et ce malgré l'ensemble des actions mises en œuvre.</p> <p>A fin novembre, nous accueillons 69 résidents, soit un taux d'occupation aux alentours de 73%.</p> <p>Nous espérons réaliser un taux d'occupation supérieur à 95% sur l'année 2026. »</p>	<p>Prescription maintenue (Transmettre le nouveau taux N-1 d'occupation en juin 2026)</p> <p>Délai : 6 mois</p>

2	<p>Compléter le plan bleu de l'établissement avec les procédures suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestion des décès massifs, • Rappel des personnels. 	<p>Ecart 2 : Le plan bleu n'inclut pas de procédure dédiée pour la gestion des décès massifs.</p> <p>Remarque 3 : La procédure de rappel des personnels n'est pas intégrée au plan bleu.</p> <p>Instruction interministérielle N° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.</p>	<p>« Nous avons bien pris en compte votre prescription relative à la nécessité d'intégrer une procédure spécifique à la gestion des décès massifs.</p> <p>La rédaction de cette procédure est actuellement en cours, afin de garantir une organisation structurée et conforme aux exigences réglementaires en cas de situation exceptionnelle.</p> <p>Une fois finalisée, elle vous sera transmise sans délai. Cette procédure sera intégrée au Plan Bleu de la résidence afin d'assurer sa mise en œuvre opérationnelle par l'ensemble des équipes.</p> <p>Concernant la procédure de rappel des personnels, cette procédure est existante au sein de l'établissement. Elle est mentionnée en annexe de notre plan bleu. Nous vous faisons parvenir la procédure indiquant la conduite à tenir en cas de nécessité de rappel des personnes en congés.</p> <p>Nous disposons également d'un annuaire des salariés, qui est disponible auprès de l'encadrement de l'établissement. »</p> <p>La procédure ne permet pas de distinguer le rôle des chefs de service et la façon dont s'organise la répartition des tâches au sein de l'équipe soignante. La liste du personnel transmise n'indique pas de date, il n'est donc pas possible de s'assurer de sa mise à jour régulière.</p>	<p>Prescription maintenue</p> <p>Transmettre la procédure de gestion des décès massifs Compléter la procédure de rappel des personnels.</p> <p>Délai : 1 mois</p>
3	<p>Régulariser les pratiques du conseil de la vie sociale en :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assurant que le Directeur de l'établissement dispose d'une voix exclusivement consultative, • Désignant un secrétaire de séance et en l'indiquant dans le compte-rendu de séance, • Soumettant à l'approbation des membres du CVS les relevés de conclusions de la séance, 	<p>Ecart 4 : Le directeur de l'établissement ne peut participer au CVS avec voix délibérative, il ne peut y assister qu'avec voix consultative.</p> <p>Ecart 5 : L'absence de désignation d'un secrétaire de séance par et parmi les personnes accompagnées.</p> <p>Ecart 6 : Le compte-rendu de la réunion du 11 juillet n'a pas fait l'objet d'une adoption en réunion</p>	<p>« Le règlement de fonctionnement du CVS a été mis à jour le 19 novembre 2025 puis présenté lors de la réunion du CVS à cette même date. La décomposition du CVS a également été rectifiée afin de corriger l'erreur initialement relevée.</p> <p>Nous vous transmettons le règlement de fonctionnement actualisé.</p> <p>La désignation d'un secrétaire parmi les personnes accompagnées a bien été proposée conformément à la réglementation en vigueur.</p> <p>Toutefois, cette demande a fait l'objet d'un refus, nos résidents indiquant ne pas être en capacité d'assurer la rédaction du compte rendu.</p>	<p>Prescription maintenue</p> <p>Transmettre un règlement intérieur et des comptes rendus qui mettent en évidence les points manquants relatifs à la réglementation.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Faisant signer les comptes-rendus de séance par le président du CVS, • Indiquant les résultats des points soumis à vote dans les comptes rendus, • Réunissant le CVS au moins 3 fois par an sur convocation du président, • S'assurant que le décompte du nombre de membres du CVS est conforme à l'article 2 du règlement intérieur du CVS, • En communiquant les dispositions prises par l'établissement pour chaque EIG, EI et plainte de nature à en éviter leur reproduction. <p>Transmettre les comptes rendus qui en attestent.</p>	<p>de CVS du 25 septembre et ne peut être signé par le directeur.</p> <p>Ecart 7 : Les résultats des points soumis à vote des membres du CVS ne sont pas précisés dans les comptes rendus.</p> <p>Ecart 8 : La mission de contrôle n'a pas pu s'assurer que le CVS se réunit au moins 3 fois par an sur convocation du président.</p> <p>Ecart 9 : La présentation des EIG, EI et des plaintes ne permet pas de s'assurer que l'établissement communique les dispositions prises ou envisagées pour remédier aux situations et en éviter leur reproduction.</p> <p>Remarque 8 : Dans le règlement intérieur du CVS approuvé le 11 juillet 2024, il est indiqué à l'article 2 la composition du CVS constituée de 9 membres. Le décompte donne un total de 10 membres.</p> <p>Articles D.311-5, D.311-9, D.311-16, D.311-17, Article D311-20 et R.331-10</p>	<p>Ils ont néanmoins exprimé leur accord pour que le compte rendu soit rédigé par une tierce personne, sous réserve qu'il soit ensuite validé par le président du CVS, garantissant ainsi la conformité et la transparence du processus.</p> <p>L'ensemble des comptes rendus du CVS pour l'année 2025 ont été dûment signés par la présidente du CVS.</p> <p>Lors du dernier CVS de l'année, un bilan complet des EI et des EIG survenus au cours de l'année a été présenté. Les actions correctives mises en place à la suite des EIG ont également été exposées aux familles, afin d'assurer une transparence totale et de partager les mesures prises pour renforcer la sécurité et la qualité de la prise en charge.</p> <p>Nous avons également réalisé un plan d'action à l'issue de chaque EIG, afin de s'assurer que cet événement ne puisse se réitérer au sein de notre résidence.</p> <p>Par ailleurs, le règlement intérieur modifié transmis indique que le Directeur de l'établissement dispose d'une voix exclusivement consultative (Ecart 4).</p> <p>Les comptes-rendus sous soumis pour approbation aux représentants des résidents et familles avant diffusion et sont validés à la séance suivante du CVS (Ecart 6).</p> <p>Il y a bien eu trois réunions du CVS en 2025 (Ecart 8) : 19 mars, 04 juin, et 19 novembre 2025.</p> <p>Le Mission note que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La composition du CVS n'est pas conforme et ne respecte toujours pas l'article D.311-5 du CASF et ne précise pas les membres titulaires et les membres suppléants, - L'organisation de réunions restreintes du CVS ne repose sur aucun fondement réglementaire, - Les comptes rendus ne précisent pas : <ul style="list-style-type: none"> - La qualité de titulaire ou suppléant, - La qualité de président du CVS, - La répartition des voix délibératives et consultatives, - La conformité de la répartition des membres présents, - Les votes des points soumis pour avis, 	<p>Délai : 1 mois</p>
--	---	---	-----------------------

			<ul style="list-style-type: none"> - Le positionnement de la direction avec voix consultative sans cumul du rôle de représentant de l'organisme gestionnaire. 	
4	<p>Elaborer une démarche d'amélioration continue de la qualité (PACQ) de l'établissement s'appuyant sur une réflexion d'ensemble sur la prise en charge et l'accompagnement des résidents :</p> <ul style="list-style-type: none"> • À partir du plan d'actions transmis à la mission de contrôle (objectifs, actions, responsables/pilotes, résultats), • Par la création d'un COPIL qualité, instance de suivi des actions et de déploiement d'une culture qualité à tous les services en priorité auprès des équipes soins, • En intégrant les actions de correction issues des RETEX dans la PACQ. 	<p>Remarque 9 : L'établissement ne s'est pas doté d'un véritable plan d'amélioration continue de la qualité ni d'une démarche de suivi de la qualité.</p> <p>Remarque 10 : L'établissement ne s'est pas doté d'un COPIL qualité.</p> <p>Remarque 20 : Les actions de correction établies dans les RETEX ne sont pas toutes incluses dans le PACQ</p>	<p>« La démarche d'amélioration continue de la qualité est pleinement déployée au sein de notre établissement. Dans ce cadre, nous vous transmettons le plan d'actions issu de notre logiciel Qualité, qui présente l'ensemble des objectifs, actions prévues et responsables identifiés pour l'année 2025.</p> <p>Une réflexion a été menée en équipe pluridisciplinaire concernant la mise en place d'un comité qualité au sein de l'établissement. Le premier COPIL Qualité a eu lieu le jeudi 10 décembre. Nous vous faisons parvenir l'ordre du jour du comité COPIL.</p> <p>Les actions de correction établies dans les RETEX sont incluses dans le PACQ.</p>	Prescription retirée
5	<p>Développer la politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance de l'établissement en :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Présentant dans le livret d'accueil la démarche de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance, • Indiquant l'obligation d'informer la direction de toute situation réelle ou supposée de maltraitance de la part de résidents comme de salariés dans le chapitre 4 du règlement 	<p>Remarque 11 : La démarche de lutte contre la maltraitance n'est pas mentionnée dans le livret d'accueil.</p> <p>Remarque 12 : Le règlement de fonctionnement dispose d'un chapitre 4 dédié aux droits et obligations des résidents. Il n'y est pas explicitement mentionné l'obligation d'informer la direction de toute situation réelle ou supposée de maltraitance de la part de résidents comme de salariés.</p> <p>Remarque 13 : La démarche bientraitance propre à</p>	<p>« Le livret d'accueil de la résidence a été mis à jour et comporte désormais une annexe spécifiquement dédiée à la présentation de la démarche de prévention et de lutte contre la maltraitance.</p> <p>Le comité bientraitance est actuellement en cours de constitution au sein de notre établissement. Les premières réunions sont programmées les 12 et 19 décembre prochains. Ce comité sera animé par notre psychologue, référente bientraitance de l'établissement.</p> <p>Nous vous transmettons l'ordre du jour des deux réunions.</p> <p>Notre psychologue et notre psychomotricienne ont animé deux sessions de formation à destination des salariés sur le thème de la bientraitance. Une première session s'est tenue le 27 juillet, suivie d'une seconde le 25 septembre.</p>	<p>Prescription maintenue pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La complétude du livret d'accueil, - La mise à jour du règlement de fonctionnement, - Les comptes-rendus des deux réunions du comité bientraitance, - La démarche de bientraitance, - feuilles d'émargement

	<p>de fonctionnement consacré aux droits et obligations des résidents,</p> <ul style="list-style-type: none"> • En transmettant, à la mission de contrôle : <ul style="list-style-type: none"> - La démarche bientraitance de l'établissement, l'état des lieux, la mise en place des indicateurs et leurs résultats, - Ses modalités de communication, - Les comptes rendus du comité bientraitance ainsi que les feuilles d'émargement relatives aux groupes d'analyse de pratiques. 	<p>l'établissement n'a pas été transmise, ainsi que l'état des lieux, la mise en place des indicateurs et leurs résultats.</p> <p>Remarque 14 : L'établissement n'a pas transmis les modalités de communication sur la démarche de bientraitance.</p> <p>Remarque 15 : L'établissement n'a pas transmis de comptes rendus du comité bientraitance, ni des feuilles d'émargement relatives aux groupes d'analyse de pratiques.</p>	<p>Nous vous transmettons les feuilles d'émargement correspondantes à ces formations internes, conformément à votre demande.</p> <p>Le livret d'accueil ne présente pas la démarche de prévention des situations de maltraitance ni de promotion de la bientraitance. Le règlement de fonctionnement ne met pas en évidence l'obligation d'information à la direction et ne présente pas la démarche de prévention des situations de maltraitance ni de promotion de la bientraitance.</p> <p>La démarche de bientraitance, l'état des lieux, sa mise en place, les indicateurs et leurs résultats n'ont pas été transmis.</p> <p>L'établissement n'apporte pas la preuve de la mise en place d'un groupe d'analyse de pratiques.</p>	<p>relatives aux groupes d'analyse de pratiques.</p> <p>Délai : 3 mois.</p>
6	<p>Systématiser, auprès des professionnels, le retour d'expérience pour les EIG portant atteinte à la sécurité des résidents.</p>	<p>Ecart 10 : L'établissement n'a pas mis en place un retour d'expérience pour des événements indésirables graves portant atteinte à la sécurité des résidents.</p> <p>Article L311-3 du CASF.</p>	<p>« Des retours d'expérience ont été réalisés pour chacun des événements indésirables graves survenus au sein de notre établissement. Nous vous transmettons l'ensemble de ces RETEX.</p>	<p>Prescription maintenue</p> <p>Les documents transmis ne prouvent pas un retour d'expérience réalisé avec l'ensemble des professionnels concernés.</p> <p>Délai : 3 mois</p>
7	<p>Procéder au recrutement de personnel soignant qualifié afin de renforcer l'équipe soignante et ainsi assurer la sécurisation des soins.</p> <p>Transmettre les contrats et les qualifications des personnels soignants nouvellement recrutés.</p>	<p>Ecart 11 : Le manque de professionnels dans l'équipe soignante sous contrat CDI et CDD contrevient à l'article D 312 – 155 – 0 du CASF.</p> <p>Ecart 13 : L'absence d'IDE sur plusieurs mois n'a pas permis en 2023 d'assurer la sécurité des soins en continu.</p> <p>Article D 312 – 155 – 0 du CASF. Articles L.311-3 1° & 3°, D.312-155-0 du CASF.</p>	<p>« Vous trouverez ci-joint l'ensemble des contrats de travail des salariés en poste depuis janvier 2025.</p> <p>La mission d'inspection note le recrutement en 2025, en CDI, d'un IDEC, 4 IDE, et 15 AS.</p> <p>Le RUP entre janvier et novembre 2025 inclus ne reprend pas l'ensemble des contrats AS, IDE signés en CDI envoyés en annexe 1. Sur LE RUP apparaissent 9 AS en CDI et 1 en CDI, 1 IDE en CDD et 1 IDEC signés en 2025.</p>	<p>Prescription Maintenu</p> <p>Transmettre un RUP à jour et complet dont les données correspondent au personnel recrutés et présent à date dans l'établissement.</p> <p>Délai : 1 mois</p>

8	<p>Mettre en œuvre une politique de fidélisation des professionnels au sein de l'équipe soignante afin de garantir la sécurité des soins en continue, l'accompagnement à la perte d'autonomie et la cohésion de l'organisation du travail en :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stabilisant l'équipe soignante par des CDI ou des CDD longs, - Formalisant des procédures de recrutement et de remplacement, - Organisant l'équipe soignante de façon à pallier l'absence d'IDEC. <p>Transmettre tous les éléments de preuve permettant d'en attester.</p>	<p>Ecart 3 : L'établissement ne dispose pas d'IDEC ce qui ne permet pas d'assurer le développement d'une qualité optimale de prise en charge des résidents.</p> <p>Ecart 14 : L'établissement n'est pas parvenu à stabiliser l'équipe soignante, ce qui en fragilise la cohésion et est de nature à remettre en cause la sécurité des résidents.</p> <p>Ecart 15 : L'importance du taux de rotation des professionnels est de nature à remettre en cause la sécurité des résidents et la qualité de l'accompagnement.</p> <p>Remarque 24 : La mission de contrôle fait le constat qu'un nombre important de postes permanents d'AS (77%) et d'IDE (100%) sont annoncés sous contrat précaire.</p> <p>Remarque 30 : L'absence d'IDEC dans l'établissement ne permet de garantir la qualité des soins compte-tenu à la fois du nombre insuffisant de professionnels permanents et de l'importance du recours à des auto-entrepreneurs.</p>	<p>« Madame [REDACTED] a été recrutée en qualité d'IDEC à compter du 7 janvier 2025. Nous vous transmettons son contrat de travail.</p> <p>Nous mettons tout en œuvre pour stabiliser l'équipe soignante au sein de notre établissement. Nous proposons systématiquement des contrats en CDI, mais sommes contraints de constater des refus de la part des soignants. Des offres d'emploi sont disponibles sur différents réseaux de recrutement.</p> <p>Compte-tenu des données contradictoires fournies par l'établissement sur la composition de l'équipe soignante (Organigramme et RUP), celui-ci n'apporte pas la preuve d'une stabilisation de cette équipe.</p>	<p>Prescription maintenue</p> <p>Transmettre la formalisation des procédures de recrutement et de remplacement. Renforcer l'équipe soignante en AS. Fournir des données cohérentes et fiabilisées sur la composition de l'équipe soignante.</p> <p>Délai : 1 mois</p>
9	<p>Garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents en :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organisant les transmissions du matin entre les IDE et les AS de nuit ainsi qu'entre les AS de jour et de nuit, • Officialisant ces transmissions sur les fiches de tâche des IDE et AS concernés, 	<p>Écart 16 : Les transmissions du matin n'ont pas lieu entre les IDE et les AS de nuit ainsi qu'entre les AS de jour et de nuit, ce qui contrevient aux articles L.311-3 1° & 3°, D.312-155-0 du CASF.</p> <p>Ecart 17 : La procédure d'organisation du travail en cas d'absence non prévue du personnel soignant ne précise pas la répartition des tâches, c'est</p>	<p>L'établissement indique que « Les fiches de tâches ont été entièrement retravaillées par notre IDEC, afin d'améliorer la lisibilité des responsabilités et l'organisation quotidienne.</p> <p>Le temps dédié aux transmissions du matin et du soir y est désormais formalisé et clairement identifié, garantissant une continuité d'information optimale entre les équipes.</p> <p>Nous vous transmettons les fiches de tâches actualisées des aides-soignants de jour, des aides-soignants de nuit ainsi que de l'infirmière en poste.</p>	<p>Prescription maintenue</p> <p>Transmettre les fiches de tâches heureées actualisées avec des transmissions orales. Transmettre la procédure complétée.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> Indiquant sur sa fiche de tâches avec quel professionnel l'IDE 1 effectue ses transmissions sur la plage horaire 19h15 / 20h. Transmettant la mise à jour de la procédure d'organisation du travail en cas d'absence non prévue du personnel avec la répartition des tâches 	<p>pourquoi la Mission ne peut s'assurer qu'il n'y a pas de glissement de tâches. La procédure ne permet pas de garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge (Cf. Article L.311-3 1° & 3° du CASF).</p> <p>Remarque 33 : La fiche de tâches de la fonction IDE 1 n'indique pas avec quels professionnels ont lieu les transmissions sur la plage horaire 19h15/20h.</p> <p>Article L311-3, 1° et 3° et D.312-155-0 du CASF.</p>	<p>En l'absence de personnel soignant, notre IDEC a mis en place une procédure de la conduite à tenir et réparti la charge de travail, en attendant l'arrivée des remplaçants. »</p> <p>La mission de contrôle note que les nouvelles fiches de tâches heurées ne font pas apparaître de transmissions orales entre l'IDE/AS de jour et l'AS de nuit.</p> <p>La procédure d'organisation du travail en cas d'absence ne concerne qu'une absence dans l'équipe de jour et ne prend pas en compte les activités à maintenir en mode dégradé.</p>	<p>Délai : 1 mois</p>
10	<p>Mettre en place un projet d'accompagnement personnalisé (PAI) renouvelé annuellement pour tous les résidents. Transmettre un calendrier de mise en place des projets.</p>	<p>Ecart 18 : 15 résidents ne disposent pas d'un projet d'accompagnement individualisé valide ce qui ne permet pas de garantir une prise en charge adaptée à leurs besoins.</p> <p>Article L311-3, 3° du CASF</p>	<p>« Notre psychologue assure la tenue et la mise à jour du calendrier regroupant l'ensemble des PAI des résidents. Chaque PAI est élaboré puis réactualisé au minimum une fois par an, et davantage si la situation du résident l'exige, afin de garantir une prise en charge adaptée et conforme aux besoins identifiés. Nous vous transmettons ci-joint le calendrier de suivi à jour. Le planning des PAI ne prévoit pas les dates prévisionnelles de renouvellement des PAI existants.</p>	<p>Prescription maintenue</p> <p>Transmettre le tableau de suivi des PAI en fin 2026.</p> <p>Délai : 1 an</p>
11	<p>Sécuriser le circuit du médicament en prévoyant d'avance la répartition des tâches en cas de d'absence des personnels soignants et en complétant la procédure « Formation des AS/AMP à l'administration des médicaments » :</p> <ul style="list-style-type: none"> En détaillant la nature de la collaboration IDE et AS/AMP en journée notamment sur les informations à transmettre à l'IDE après l'aide à la prise des médicaments, 	<p>Remarque 41 : La procédure n'aborde pas la collaboration IDE et AS/AMP en journée notamment sur les informations à transmettre à l'IDE après l'aide à la prise des médicaments</p> <p>Remarque 42 : Le support de formation des AS/AMP sur la délégation des médicaments n'est pas annexé à la procédure comme il est pourtant indiqué</p>	<p>« Notre IDEC a rédigé une procédure interne à l'attention des aides-soignantes de nuit afin de les guider dans l'aide à la prise des médicaments.</p> <p>Une formation est prévue sur le mois de décembre par notre IDEC à destination de l'ensemble des aides-soignantes afin de les sensibiliser sur l'aide à la prise des médicaments. Nous ne manquerons pas de vous transmettre les feuilles d'émargement et support de formation. »</p> <p>La mission d'inspection prend en compte la nouvelle procédure interne à l'attention des aides-soignantes de nuit afin de les guider dans l'aide à la prise des médicaments et la prochaine formation mais cela ne répond pas à la prescription 11 sur la collaboration IDE et AS/AMP en journée pour l'aide à la prise de médicaments.</p>	<p>Prescription maintenue</p> <p>Transmettre la procédure détaillant la collaboration entre l'IDE et les AS. Transmettre les feuilles d'émargement et le support de formation sur l'aide à la prise de médicaments, ainsi que la liste des personnels formés.</p>

	• En annexant le support de formation des AS/AMP sur la délégation des médicaments.			Délai : 1 mois
12	Intégrer dans le livret d'accueil la charte des droits et libertés de la personne accueillie afin d'être remis à l'entrée de chaque résident.	<p>Ecart 19 : La charte des droits et libertés de la personne accueillie n'est pas remise au résident à son entrée dans l'établissement ce qui contrevient à l'article L311-4 du CASF</p> <p>Remarque 39 : Le livret d'accueil n'inclut pas la charte des droits et libertés de la personne accueillie.</p> <p>Article L311-4 1° du CASF</p>	Nous remettons au résident dès son admission la charte des droits et libertés de la personne accueillie. La charte est intégrée au livret d'accueil résident.	Prescription retirée

	Recommandations envisagées	Réf. rapport	Réponse de l'établissement au contradictoire	Décision
1	Soumettre le règlement de fonctionnement à l'avis des membres du CSE à la mise en place de cette l'instance de représentation du personnel dans l'établissement.	Remarque 1 : Le règlement de fonctionnement a été soumis à l'avis du CSE alors que ce comité n'est pas encore établi dans l'EHPAD	L'établissement indique que « Le règlement de fonctionnement a été mis à jour. L'erreur a été rectifiée. Le règlement de fonctionnement a été soumis à l'avis des membres du CVS uniquement, dans la mesure où nous ne disposons pas de CSE. » La mission de contrôle note que le compte rendu du CVS du 25 septembre 2024 renvoie la consultation du règlement de fonctionnement à une réunion ultérieure. Le règlement de fonctionnement daté de novembre 2025 indique une consultation du CVS du 25 septembre 2024.	Recommandation maintenue Transmettre le compte-rendu du CVS qui atteste de l'approbation du règlement de fonctionnement.
2	Assurer la complétude du projet d'établissement en le faisant signer par l'organisme gestionnaire.	Remarque 2 : Le projet d'établissement communiqué n'a pas été signé de l'organisme gestionnaire.	« Nous vous faisons parvenir le projet d'établissement signé par l'organisme gestionnaire. »	Recommandation retirée
3	Compléter l'organigramme de l'établissement : <ul style="list-style-type: none"> • En précisant le temps de travail des professionnels en équivalent temps complet, • En le datant. En précisant les liens hiérarchiques pour l'ensemble des professionnels.	Remarque 22 : L'organigramme n'indique pas les liens hiérarchiques des IDE, AS et ASH.	L'organigramme a été complété selon les indications demandées.	Recommandation retirée
4	Modifier la procédure de « conduite à tenir en cas d'absence de direction de l'établissement » en : <ul style="list-style-type: none"> • La faisant approuver par l'autorité hiérarchique du directeur de l'établissement, • Proposant à d'autres professionnels que le directeur et la directrice adjointe la prise en charge des astreintes, • En prévoyant l'éventualité de solliciter le directeur de la région en cas 	Remarque 5 : La procédure à appliquer en cas d'absence de la direction a été rédigée et approuvée par la même personne. Remarque 6 : Les astreintes sont assurées uniquement par le directeur et la directrice adjointe. Remarque 7 : En cas d'absence du directeur, la procédure prévoit d'appeler le directeur de région or ces deux postes sont occupés par la même personne.	La procédure en cas d'absence de direction a été mise à jour. Nous vous faisons parvenir la procédure mise à jour avec l'arrivée de la nouvelle directrice de l'EHPAD. Nous vous faisons parvenir le calendrier avec les astreintes de direction de l'établissement pour l'année 2026. Avec l'arrivée la nouvelle directrice de l'EHPAD au sein de la résidence, l'organisation des astreintes a été revu.	Recommandation retirée

	d'absence du directeur de l'établissement à la condition que ce dernier ne cumule pas les 2 fonctions		La procédure est conforme aux attendus, bien que la validation par l'autorité hiérarchique du directeur n'apparaisse pas de façon explicite.	
5	Développer la politique de lutte et de gestion contre les violences en : <ul style="list-style-type: none"> Annexant la charte relative à la prévention des risques de harcèlement au travail au règlement de fonctionnement, Rédigeant la procédure relative aux situations de violences et harcèlements sexuels. La transmettre à la mission. 	<p>Remarque 16 : La charte relative à la prévention des risques de harcèlement au travail n'est pas annexée au règlement de fonctionnement.</p> <p>Remarque 17 : L'établissement n'a pas transmis de procédure relative aux situations de violences et harcèlements sexuels</p>	<p>« La charte relative à la prévention des risques de harcèlement au travail est remise à chaque salarié avec différents documents institutionnels (règlement intérieur, contrat de travail, charte lutte contre le harcèlement, charte du lanceur d'alerte...).</p> <p>Il est notifié au sein de la charte relative à la prévention des risques de harcèlement au travail la conduite à tenir. »</p>	Recommandation maintenue Transmettre la procédure relative aux situations de violences et harcèlements sexuels (que ce soit entre deux personnes accueillies, une personne accueillie et un membre du personnel ou une personne accueillie et une tierce personne).
6	Compléter le registre de traitement des plaintes et réclamation afin de suivre le temps de réponse de l'établissement.	Remarque 18 : La traçabilité des réponses apportées par l'EHPAD à une plainte ne permet pas toujours d'apprécier dans quel délai l'établissement a répondu.	<p>« Nous suivons les plaintes et réclamations reçues au sein de notre établissement via le logiciel qualité. Nous vous faisons parvenir la synthèse issue du logiciel qualité pour l'année 2025.</p> <p>Le temps de réponse moyen est de 25 jours en 2025 ».</p>	Recommandation retirée
7	Communiquer les EIG à la Ville de Paris en utilisant l'adresse mail à jour : dsol-autonomie-inspection@paris.fr	Remarque 19 : L'adresse mail de contact pour la Ville de Paris n'est pas à jour (maintenant dsol-autonomie-signalements@paris.fr).	« Nous avons bien pris note de la mise à jour de l'adresse mail de contact de la Ville de Paris pour la transmission des EIG. Depuis le début de l'année, les EIG sont toutefois transmis via la plateforme dédiée, conformément aux recommandations de l'ARS. » Toute déclaration sur le site de l'ARS est à envoyer en parallèle à l'adresse mail de la Ville de Paris.	Recommandation maintenue Transmettre les EIG déposés sur la plateforme de l'ARS à la Ville de Paris depuis le début de l'année.
8	Transmettre à la Mission de contrôle les RUP avec l'ensemble des mentions obligatoires.	Remarque 23 : Les données transmises dans les RUP ne contiennent pas les mentions obligatoires telles que la date de naissance, les dates d'entrée et de sortie, la mention de salarié temporaire, la mention de salarié à temps partiel.	<p>« Nous vous faisons parvenir le RUP de notre établissement mis à jour à fin novembre.</p> <p>Le RUP est incomplet et ne comporte pas les mentions obligatoires.</p>	Recommandation maintenue
9	Compléter les plans annuels de développement des compétences en :	Remarque 25 : L'absence du nombre précis de participants et leurs fonctions ne permet pas de	« Nous vous transmettons le plan de formation interne de l'établissement. Celui-ci recense l'ensemble des	Recommandation maintenue

	<ul style="list-style-type: none"> - Précisant le nombre précis de participants, - Incluant des formations : <ul style="list-style-type: none"> • Diplômantes, • Sur la prise en charge des troubles cognitifs, • Sur les troubles de la déglutition, • À la prise en charge de la douleur. 	<p>mesurer la portée des plans de formations mis en œuvre.</p> <p>Remarque 26 : Les plans de développement des compétences ne prévoient pas de formation diplômante, et de formations aux troubles cognitifs, aux troubles de la déglutition et la prise en charge de la douleur.</p>	<p>actions de formation proposées par notre encadrement (médecin coordonnateur, IDEC, psychologue, psychomotricienne) mais également des prestataires extérieurs à destination des salariés, dans le cadre du développement des compétences et de l'amélioration continue des pratiques professionnelles.</p>	<p>Transmettre un Plan de Développement des Compétences externe prévoyant de la formation diplômante</p>
10	<p>Formaliser une procédure d'accueil pour les professionnels recrutés sur une période inférieure ou égale à un mois.</p>	<p>Remarque 27 : L'établissement ne présente pas de procédure d'accueil pour les salariés recrutés sur une période inférieure ou égale à un mois et pour les auto-entrepreneurs.</p>	<p>« Notre établissement dispose de la procédure [REDACTED] qui décrit l'ensemble des modalités liées à l'accueil et à l'intégration des nouveaux salariés. Nous vous transmettons ci-joint cette procédure, applicable au sein de l'établissement.</p> <p>Par ailleurs, chaque nouveau collaborateur ou stagiaire, quelle que soit la durée de sa mission, se voit remettre un livret d'accueil lors de son arrivée. Ce document vise à faciliter son intégration et à présenter les principaux repères institutionnels.</p>	<p>Recommandation retirée</p>
11	<p>Instaurer des temps d'échange sur l'analyse des pratiques réalisés par un tiers extérieur ou/et de groupes de paroles à destination de l'équipe soignante.</p>	<p>Remarque 28 : L'établissement n'a pas mis en place un groupe d'analyse de pratique réalisé par un tiers extérieur ni de groupes de paroles à destination de l'équipe soignante.</p>	<p>Notre psychologue a instauré des groupes de paroles à destination des équipes soignantes. Elle a pu rencontrer les deux équipes le 04 et 07 novembre dernier afin d'évoquer la thématique du deuil. Elle propose tous les vendredis un groupe de paroles ou réalise une formation à destination des professionnels.</p> <p>Afin de permettre des échanges favorisant la libre expression des professionnels, ce groupe doit être animé par un professionnel extérieur au groupe gestionnaire.</p>	<p>Recommandation maintenue</p>
12	<p>Concevoir des plannings indiquant la totalité des professionnels des équipes de soins quel que soit leur statut (salariés et indépendants).</p>	<p>Remarque 29 : Les plannings ne permettent pas une compréhension aisée de l'organisation quotidienne de l'équipe soignante.</p>	<p>« Nous vous transmettons le planning du mois de novembre, qui intègre l'ensemble des professionnels composant les équipes de soins.</p> <p>Par ailleurs, notre IDEC a mis en place un affichage spécifique visant à faciliter la compréhension de l'organisation quotidienne de l'équipe soignante. Cet affichage est disponible au sein de l'infirmierie ainsi qu'à proximité du planning mensuel.</p>	<p>Recommandation retirée</p>

			Le planning a été réorganisé afin d'identifier les fonctions des professionnels et les postes occupés. Une présentation par équipe permettrait de repérer plus aisément l'organisation de l'équipe soignante ainsi que les personnels présents.	
13	<p>Compléter les fiches de tâches heurées de l'établissement en :</p> <ul style="list-style-type: none"> Indiquant la date de création ou de mise à jour de la fiche de tâches Définissant un emplacement sur les fiches de tâches pour la signature du futur titulaire de l'emploi pour attester de la remise officielle en mains propres du document. 	<p>Remarque 31 : La fiche de tâches de la fonction IDE est non datée. Remarque 32 : Les fiches de tâches communiquées ne prévoient pas d'emplacement pour la signature du futur titulaire de l'emploi attestant la remise officielle en mains propres du document.</p>	<p>Les fiches de tâches ont été entièrement retravaillées par notre IDEC, afin d'améliorer la lisibilité des responsabilités et l'organisation quotidienne. La date de mise à jour du document est notifiée en bas du document.</p> <p>Nous faisons signer les fiches de tâches à l'embauche de chaque salarié. Nous vous faisons parvenir les feuilles de tâches signées par nos salariés.</p>	Recommandation retirée
14	Rédiger une procédure de l'organisation du travail en mode dégradé et la transmettre à la Mission.	Remarque 34 : L'établissement n'a pas transmis la procédure de l'organisation du travail en mode dégradé.	<p>« En l'absence de personnel soignant, notre IDEC a mis en place une procédure de la conduite à tenir et réparti la charge de travail, en attendant l'arrivée des remplaçants. »</p> <p>En l'absence de personnel hôtelier, notre Responsable hôtelière a mis en place une fiche de tâche en mode dégradée, en attendant l'arrivée des remplaçants.</p> <p>La procédure d'organisation du travail en mode dégradé n'est pas complète (Cf. prescription 9)</p>	Recommandation retirée
15	Transmettre les diplômes des aides-soignants de nuit.	Remarque 35 : La Mission de contrôle n'a pu procéder à la vérification des diplômes des aides-soignants de nuit.	« Nous vous faisons parvenir les diplômes des aides-soignants intervenant de nuit au sein de notre résidence.	Recommandation retirée
16	Mettre à jour la liste des médecins en conformité avec le nombre de résidents accueillis.	Remarque 36 : Le suivi des résidents par les médecins traitants n'est pas à jour.	« Nous vous transmettons la liste actualisée des médecins traitants des résidents de l'établissement. Au 25 novembre 2025, sept résidents ne disposent pas de médecin traitant déclaré. Dans ces situations, notre médecin coordonnateur assure l'interface médicale et la continuité du suivi. Il échange régulièrement avec les médecins traitants libéraux du secteur afin de faciliter l'ouverture de nouvelles patientèles et de favoriser la prise en charge de ces résidents.	Recommandation retirée

			En l'absence du médecin coordonnateur, notre médecin prescripteur, le Docteur JAQUIER, assure le relais pour l'émission des ordonnances et le suivi médical des résidents concernés.	
17	Assurer le fonctionnement du système d'appel malade dans l'établissement. Transmettre à la Mission de contrôle les informations permettant de comprendre le fonctionnement du système d'appel malade.	Remarque 37 : L'établissement n'a pas transmis d'éléments sur le fonctionnement de l'appel malades.	« Nous avons bien pris en compte votre remarque. Les résidents disposent, dans chacune des chambres, de sonnettes reliées au système d'appel malade. Ce dispositif est connecté aux différents DECT des soignants, leur permettant d'être alertés en temps réel et d'intervenir dans les plus brefs délais auprès du résident concerné. Lors de l'alerte, le numéro de la chambre à l'origine de l'appel apparaît directement sur le DECT, garantissant une identification immédiate du lieu d'intervention. »	Recommandation maintenue dans l'attente des statistiques d'évaluation de temps de réponse aux appels malades
18	Inclure les modèles de convention utilisées par l'organisme gestionnaire dans la procédure d'intervention des bénévoles.	Remarque 38 : Les modèles de convention utilisées par l'organisme gestionnaire ne sont pas inclus dans la procédure d'intervention des bénévoles.	« Nous avons signé une convention avec un bénévole intervenant régulièrement sur notre résidence. »	Recommandation retirée
19	Indiquer les modalités de transmission des ordonnances dans la convention avec l'officine de pharmacie.	Remarque 40 : La convention avec l'officine de pharmacie ne précise pas les modalités de transmission des ordonnances	« Notre médecin coordonnateur intègre systématiquement l'ensemble des ordonnances dans le logiciel de soins de l'établissement. Celui-ci dispose d'un module dédié permettant de notifier automatiquement le pharmacien lors de toute nouvelle prescription ou modification de traitement, afin de garantir une préparation rapide et conforme des médicaments. Une copie des ordonnances est éditée chaque jour, en version papier, puis est récupérée, en main propre, par l'équipe pharmacienne lors de la livraison quotidienne des médicaments sur l'établissement. Afin de sécuriser davantage le circuit du médicament, notre médecin coordonnateur complète cette notification par l'envoi d'un courriel d'information (avec en pièce-jointe l'ordonnance intégrée) au pharmacien, permettant de s'assurer de la bonne prise en compte de chaque changement thérapeutique. Lorsqu'il s'agit d'un traitement à délivrer en urgence ou à risque de	Recommandation retirée

			<p>confusion, le médecin coordonnateur réalise, en plus, un appel téléphonique direct au pharmacien pour que l'information soit délivrée sans risque.</p> <p>En cas d'absence du médecin coordonnateur, ce circuit du médicament est assuré par l'infirmière coordonnatrice.</p> <p>Parallèlement, la pharmacie partenaire bénéficie également d'un accès spécifique à notre logiciel de soins, lui permettant de consulter les ordonnances en cas de besoin.</p> <p>Par ailleurs, l'établissement s'est récemment doté d'une messagerie de santé sécurisée. Nous étudions actuellement la possibilité de transmettre les ordonnances via cette messagerie, avec une mise en œuvre envisagée courant 2026.</p> <p>Concernant la convention liant l'établissement et la pharmacie, un avenant a été réalisé afin de préciser les modalités de transmission des ordonnances. Nous vous faisons parvenir l'avenant. »</p>	
--	--	--	--	--

