

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

Ville de Paris
Direction des solidarités
Sous-direction de l'autonomie
Affaire suivie par : [REDACTED]
Courriel : [REDACTED]

Monsieur Jean-Sébastien SCHWERTZ
Directeur Général
Association Chemins d'Espérance
57 rue Violet
75015 Paris

Lettre recommandée avec AR

N° 20107 235 4886 7

Saint-Denis, le 10 AVR. 2026

Monsieur le Directeur Général,

Dans le cadre du plan national d'inspection et de contrôle des EHPAD, une inspection conjointe a été réalisée au sein de l'EHPAD « Amitié et Partage », le 14 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 20 janvier 2026 le rapport que nous a remis la mission d'inspection, ainsi qu'une injonction, 24 prescriptions et 13 recommandations que nous envisageons de vous notifier.

Vous nous avez transmis des éléments de réponse lors de la phase contradictoire et vous en remercier. Les éléments transmis ont permis de retirer les prescriptions N°7 et N°18.

Au regard de l'ensemble des éléments transmis, toutes les mesures sont maintenues et nécessitent des actions correctrices.

Aussi, nous vous notifions à titre définitif 1 injonction concernant le temps de relai et de transmissions entre l'équipe de jour et l'équipe de nuit pour assurer la sécurité des résidents, 22 prescriptions et 13 recommandations.

Nous appelons votre attention sur la nécessité de transmettre les éléments de preuve documentaire permettant la levée définitive de ces décisions à la Ville de Paris (dsol-autonomie-inspection@paris.fr) et à la Délégation départementale de Paris de l'ARS IDF par la plateforme Bluefiles : <https://bluefiles.com/ars/ars-dd75-inspection-contrôle-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 conjointes 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, Monsieur, l'expression de notre considération distingu e.

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 le Maire de Paris et par délégation,
Le Directeur Adjoint des Solidarités



Jacques BERGER

Copie   :

Monsieur François PHILIPPON
Directeur de Pôle
EHPAD Amitié et Partage
83 rue de S vres
75006 Paris

ANNEXE : Décisions prises dans le cadre de l'inspection du 14 novembre 2024 de l'EHPAD « Amitié et Partage »

	Injonction	Réf. rapport	Réponse de l'établissement au contradictoire	Décision
1	Sécuriser la prise en charge des résidents en assurant la présence d'un personnel infirmier ou aide-soignant dans l'établissement entre 20h30 et 21h ainsi qu'entre 6h25 et 6h55.	2.1-Fonctions support-Gestion des RH Écart 29 : Les plannings transmis montrent qu'entre 20h30 et 21h a aucun AS/AES présent dans l'établissement. L'absence de prise en charge des résidents pendant une demi-heure ne garantit pas la sécurité des résidents, ce qui n'est pas conforme à l'article L311-3, 1° du CASF.	Dans les fiches de poste IDE et AS fournies, les horaires ne sont pas indiqués. Dans le document Excel « réponse inspection conjointe ARS-Département », il est indiqué qu'à partir du 1er mars les horaires seront adaptés « 20H15 -7H15 pour permettre 15 minutes de transmission ».	Injonction maintenue Délai : immédiat Transmettre les plannings de mars des IDE et des AS, de jour et de nuit, avec leurs horaires clairement indiqués dessus.

	Prescriptions	Réf. rapport	Réponse de l'établissement au contradictoire	Décision
1	Mettre en place des échanges formalisés entre la direction et son organisme gestionnaire. Transmettre le statut juridique de l'organisme gestionnaire ainsi que les comptes-rendus de toutes les réunions auxquelles ont participé la direction et l'organisme gestionnaire.	1.1-Gouvernance-Conformité aux décisions de l'autorisation ou de la déclaration Écart 1 : L'établissement n'a pas présenté à la mission d'inspection les documents concernant le fonctionnement et l'organisation de l'organisme gestionnaire, conformément aux articles L312-	L'établissement a transmis les statuts de l'association "chemins d'espérance". Aucun compte-rendu de réunion de la direction avec l'organisme gestionnaire n'a été adressé à la Mission.	Prescription maintenue Délai : 1 mois Transmettre les CR ou relevés de décision des réunions de la direction

	1 6 ^{et} L313-1, 4e alinéa du CASF.		avec l'organisme gestionnaire en 2026.
2	1.2- Gouvernance-Management et Stratégie Écart 2 : En ne remplissant pas les objectifs attendus concernant le fonctionnement du PASA, l'établissement contrevient à l'article D312-155-0-1 du CASF.	<p>L'établissement a fourni :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le projet du PASA 2026 dans lequel sont inscrits : <ul style="list-style-type: none"> • les valeurs éthiques et les principes cliniques fondamentaux, • La présentation de l'équipe du PASA (ASG, Psychomotricienne, ergothérapeute, psychologue et médecin coordonnateur) et le rôle de chaque professionnel dans le service. • l'organisation de la journée, • La prévention de l'épuisement professionnel et de la qualité de vie au travail. - 1 planning hebdomadaire du PASA (16 au 22 février 2026) sur lequel la Mission observe que <ul style="list-style-type: none"> o 10 résidents sont accueillis les lundi, mardi, mercredi et vendredi, o 11 le jeudi pour 2 ASG présentes, o et 7 résidents le samedi avec 1 seule ASG. - 2 comptes-rendus de la réunion hebdomadaire dans lesquels des thèmes généraux d'organisation et de prise en charge sont abordés. <p>L'établissement n'a pas transmis aux tutelles de document présentant les difficultés à remplir le PASA. Dans le CR hebdomadaire du 17 février 2026, il est annoncé que 3 nouveaux résidents ont intégré le PASA et 2 futurs résidents sont éligibles au PASA. La Mission note que le taux de remplissage est toujours inférieur à l'autorisation d'accueil de 12 places.</p> <p>Réponse de l'établissement : « - <i>Promotion du PASA auprès des résidents : nom choisi en 12/2025 : l'ESCALE.</i> - <i>Journée "Portes ouvertes" pour présenter le PASA aux résidents</i></p>	<p>Prescription maintenue</p> <p>Transmettre le document sur les difficultés à remplir le PASA demandé</p> <p>Délai 3 mois</p>
	Transmettre un plan d'action sur 3 mois ayant pour objectif le ciblage des résidents pouvant participer aux activités du PASA afin de les redynamiser.	Transmettre aux tutelles un document présentant les difficultés de l'établissement à remplir le PASA faute de public adapté aux activités du PASA.	

		<p>- <i>Planning Hebdomadaire mis en place pour les résidents éligibles au PASA</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Accompagnement des résidents par les ASSG en charge du PASA</i> - <i>Réunion PASA hebdomadaire avec l'encadrement et les responsables du PASA</i> - <i>Mise en place d'une réunion pluridisciplinaire tous les trimestres afin de faire un bilan: présence du médecin coordonnateur, cadre de santé, ASSG, ergothérapeute, psychomotricienne, animatrice</i> - <i>Mise en place d'une réunion hebdomadaire depuis le 09/02/2026 avec l'équipe compète du PASA et le cadre de santé</i> - <i>Evaluation par la psychologue de l'éligibilité de l'ensemble des résidents => construction d'une file active.</i> - <i>Lors de l'élaboration du PAP, l'équipe pluridisciplinaire aborde l'éligibilité du résident au PASA depuis le 02/01/2026. »</i> 	
<p>3</p> <p>Compléter et assurer la diffusion du règlement de fonctionnement de l'EHPAD en :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Affichant ou mettant à disposition le règlement de fonctionnement dans l'EHPAD et en le remettant à tous les résidents. • Révisant le règlement de fonctionnement pour qu'il comporte des éléments sur : <ul style="list-style-type: none"> • Les temps de réunions, de transmissions et de partage d'information, • L'accueil des nouveaux professionnels et l'évaluation des pratiques professionnelles, 	<p>1.2- Gouvernance-Management et Stratégie</p> <p>Écart 3 : Le règlement de fonctionnement n'est pas remis au résident et n'est pas affiché au sein de l'établissement, ce qui contrevient à l'article R311-34 du CASF.</p> <p>Écart 4 : Par son incomplétude, le règlement de fonctionnement contrevient aux articles R.311-35, R.311-36 et R.311-37 du CASF.</p>	<p>Dans le document Excel « réponse inspection conjointe ARS-Département », il est indiqué :</p> <ul style="list-style-type: none"> • « - Mise à jour du règlement de fonctionnement par la direction qualité du siège le 09/09/2025 - Complément d'information relatif aux temps de réunions en cours - Information prévue au CVS du 12/03/2025 - Mise à jour prévue dans l'établissement le 31/03/2026 » <p>Le règlement de fonctionnement n'a pas été transmis.</p>	<p>Prescription maintenue</p> <p>Délai : 1 mois</p> <p>Transmettre le règlement de fonctionnement et tous les éléments de preuve initialement demandés, la photo de l'affichage ou de la mise à disposition</p>

<ul style="list-style-type: none"> • La sûreté des personnes et des biens • Les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situation exceptionnelle • Les modalités de rétablissement des prestations lorsqu'elle sont interrompues • Les transferts et déplacements • Transmettre le règlement de fonctionnement révisé à la Mission. 			
<p>4</p> <p>Rédiger et transmettre un nouveau projet d'établissement conforme aux textes en vigueur.</p>	<p>1.2- Gouvernance-Management et Stratégie</p> <p>Écart 5 : L'établissement ne dispose pas d'un projet valide, ce qui n'est pas conforme aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.</p> <p>Écart 6 : L'absence du projet d'établissement ne permet pas à la mission d'inspection de vérifier les orientations de l'établissement et ne permet pas à l'usager d'avoir une connaissance éclairée sur les actions et les prestations de l'établissement ce n'est pas conforme aux dispositions des articles L311-3 et L311-8 du CASF.</p>	<p>Dans le document Excel « réponse inspection conjointe ARS-Département », il est indiqué : « - La nouvelle version du projet associatif est prévue pour le 30/06/2026</p> <p>- Le projet d'établissement tiendra compte des évolutions du projet associatif et sera co-construit avec les équipes pour une mise en œuvre des septembre 2026.</p> <p>- Une trame du projet d'établissement est fournie par la direction qualité de l'organisme gestionnaire qui accompagnera l'établissement pour la co-construction avec les équipes dans une démarche d'acculturation. »</p>	<p>Prescription maintenue</p> <p>Délai : 3 mois</p> <p>Transmission du projet d'établissement</p>

5	<p>Compléter le plan bleu en :</p> <ul style="list-style-type: none"> Détaillant plus spécifiquement les risques auxquels sont exposés l'EHPAD ainsi que la procédure et les actions à mettre en place ; Ajoutant les modalités de continuité et de reprise d'activité ; Transmettant les preuves d'existence d'un système de climatisation. 	<p>1.2- Gouvernance-Management et Stratégie</p> <p>Ecart 7 : Le plan bleu présente les éléments réglementaires, toutefois il n'est pas suffisamment descriptif pour permettre l'analyse des modalités des prises en charge des risques, de la continuité d'activité et de la reprise d'activité, conformément à l'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>Ecart 32 : L'établissement n'a pas transmis les informations sur l'existence d'un système de climatisation ou salle de rafraîchissement pendant les risques climatiques conformément à l'article D312-155-4-2 CASF (salle rafraîchissante EHPAD).</p>	<p>Dans le document Excel « <i>réponse inspection conjointe ARS-Département</i> », il est indiqué: « - Un système de climatisation est présent dans l'établissement : des pièces sont prévues pour répondre aux obligations (restaurant Jumilhac étage 1 devant le restaurant Jumilhac étage 1, restaurant pavillon et la pièce devant l'ascenseur, infirmerie, salle télé au 2ième étage, devant la chapelle au 2ième étage)</p> <p>- Présentation des évolutions au CVS du 12/03/2025</p> <p>- Une actualisation du Plan Bleu est en cours pour les ajouts demandés et un déploiement est prévu le 30/04/2026 »</p> <p>L'établissement a fourni 2 bons de maintenance des climatisations en 2024 et un bon de dépannage en 2025</p> <p>La mission note les avancées sur ce sujet fournies par l'établissement et reste en attente du nouveau plan bleu.</p>	<p>Préscription maintenue</p> <p>Délai : 3 mois.</p> <p>Transmettre le plan bleu et le CR du CVS du 12 mars 2025</p>
6	<p>L'organisme gestionnaire doit régulariser l'exercice du directeur de l'EHPAD en :</p> <ul style="list-style-type: none"> Transmettant son contrat de travail; 	<p>1.2- Gouvernance-Management et Stratégie</p> <p>Ecart 8 : Le contrat de travail du directeur n'a pas été présenté tel que le dispose l'article L315-17</p>	<p>Dans le document Excel « <i>réponse inspection conjointe ARS-Département</i> », il est indiqué: « - L'organisation actuelle repose sur un directeur de Pôle Paris, qui délègue les délégations de directeur sur la structure et un directeur adjoint à temps plein.</p>	<p>Préscription maintenue</p> <p>La mission d'inspection note ces informations</p>

<ul style="list-style-type: none"> Formalisant le document unique de délégation et en apportant la preuve de sa présentation au CSV ; Faisant signer la fiche de poste au directeur de l'EHPAD. Formalisant une procédure de remplacement du directeur prévoyant les actions à mettre en place pendant son absence ; 	<p>du CASF. La mission d'inspection ne peut s'assurer de la conformité de ses fonctions.</p> <p>Écart 9 : Le document unique de délégation n'est pas formalisé et n'est pas présenté au CVS, ce qui contrevient à l'article D312-176-5 du CASF.</p> <p>Remarque 3 : La fiche de poste du directeur n'est ni datée ni signée.</p> <p>Remarque 4 : L'établissement ne dispose pas de procédure de remplacement du directeur.</p>	<p>- La directrice adjointe devrait évoluer vers un poste de directeur sur la structure à Echéance 6 mois (retour de congés maternité le 02/02/2026) »</p>	<p>en attendant le contrat de travail, la fiche de poste, le document unique de délégation et les diplômes de la nouvelle directrice.</p> <p>Transmettre les délégations du directeur de Pôle-Paris pour le poste de directeur de l'EHPAD Amitié et Partage</p> <p>Délai : 6 mois</p>
<p>7</p> <p>Rédiger et transmettre la subdélégation de compétences du responsable des soins de l'établissement.</p>	<p>1.2- Gouvernance-Management et Stratégie</p> <p>Écart 10 : Le responsable de soins agit au nom de l'établissement sans avoir signé une subdélégation, ce qui contrevient aux articles D315-67 et D315-69 CASF.</p>	<p>Dans le document Excel « réponse inspection conjointe ARS-Département », il est indiqué qu'il n'y a pas de subdélégation au cadre de santé. L'EHPAD a fourni sa fiche de poste.</p>	<p>Prescription levée</p>
<p>8</p> <p>Régulariser l'exercice du médecin coordonnateur en :</p> <ul style="list-style-type: none"> Assurant un temps de présence du médecin coordonnateur conforme à la réglementation en vigueur ; Transmettant le contrat et la fiche de poste signés du médecin coordonnateur ainsi que ses diplômes et son inscription à l'ordre des médecins ; Réservant le temps de présence du médecin coordonnateur à l'exercice cette mission et distinguant le temps du suivi médical des résidents faute de médecin traitant. 	<p>1.2- Gouvernance-Management et Stratégie</p> <p>Écart 11 : Le temps de présence du MedCo ne répond pas à l'article du D312-156 du CASF.</p> <p>Écart 12 : En l'absence de transmission des diplômes du médecin coordonnateur et de son inscription à l'ordre des médecins, la mission ne peut vérifier si celui-ci dispose de compétences lui permettant d'exercer ce poste, ce qui contrevient à l'article D312-157 du CASF.</p>	<p>Dans le document Excel « réponse inspection conjointe ARS-Département » « - Le médecin coordonnateur disposant des diplômes nécessaires est en poste depuis le mois de décembre 2025,</p> <p>- Un médecin traitant récemment installé a pris en charge 15 résidents sans médecin traitant depuis le mois de février 2026,</p> <p>- Un médecin traitant est exigé à l'admission avec assistance de la famille pour en trouver un si besoin depuis l'arrivée de la MEDCO. »</p> <p>L'établissement a fourni le contrat de travail du médecin coordonnateur, ses diplômes et sa fiche de poste. Au regard des 73 résidents accueillis, Le temps de travail du médecin coordonnateur recruté en décembre 2025 est en-deçà du temps réglementaire de 0,60 ETP dit dans la loi.</p> <p>L'établissement précise dans le document Excel « réponse inspection conjointe ARS-Département » que tout nouveau résident d'avoir un médecin traitant en entrant dans la résidence depuis</p>	<p>Prescription maintenue</p> <p>Délai :</p> <p>1 mois pour le point 1</p> <p>3 mois pour les points 2 et 3.</p>

	<p>Écart 13 : En l'absence de transmission du contrat du médecin coordonnateur, la mission ne peut déterminer si les conditions de son exercice répondent aux exigences des articles D.312-159-1 et R313-30-1 du CASF.</p> <p>Remarque 25 : Le nombre élevé de résidents sans médecin traitant implique un rôle important du médecin coordonnateur dans les suivis médicaux individuels, non compatible avec sa durée totale d'exercice comme médecin coordonnateur.</p>	<p>l'arrivée du nouveau médecin coordonnateur. La mission d'inspection prend bonne note des avancées sur ce point Elle note cependant que sur le point 1, le temps de présence du médecin coordonnateur, l'établissement n'a pas apporté de réponse.</p>	
<p>9</p> <p>Compléter les affichages présents dans l'établissement en ajoutant le contrat de séjour, le livret d'accueil avec la charte des droits et libertés ainsi que le règlement de fonctionnement.</p>	<p>1.2- Gouvernance-Management et Stratégie</p> <p>Écart 14 : Les affichages réglementaires ne sont pas conformes aux articles L311-4 CASF (contrat de séjour - livret d'accueil avec charte droits et libertés, règlement de fonctionnement), R311-34 CASF (règlement de fonctionnement affiché et remis à tout résident, professionnels ou bénévole) R311-32-1 CASF et R314-162 CASF.</p>	<p>Dans le document Excel « <i>réponse inspection conjointe ARS-Département</i> », il est indiqué : « Les affichages réglementaires ont été mis à jour. »</p> <p>L'établissement n'a pas fourni de preuve de la mise à disposition indiquée par voie d'affichages (affichage : « Le livret d'accueil disponible à l'accueil ». Envoyer une photo).</p>	<p>Prescription maintenue</p> <p>Délai : 1 mois</p> <p>Dans l'attente de photos montrant l'effectivité de la mise à disposition.</p>
<p>10</p> <p>Mettre en conformité le Conseil de la Vie Sociale en :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Respectant la composition et le fonctionnement du CVS 2. Communiquant dans les délais des réunions et les modalités de leur 	<p>1.3-Gouvernance-Animation et fonctionnement des instances</p> <p>Écart 15 : La date et les modalités de l'élection du CVS ne sont pas connues, ce qui</p>	<p>Dans le document Excel « <i>réponse inspection conjointe ARS-Département</i> », il est indiqué</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les élections du CVS ont eu lieu en mai 2025 - Le règlement intérieur a été revu le 14/08/2025 - Le prochain CVS est prévu le 12/03/2026, l'invitation est partie le 16/02/2026 » 	<p>Prescription maintenue</p> <p>Délai : 1 mois</p>

	<p>organisation, tel que prévu par la réglementation en vigueur</p> <p>3. Transmettant le règlement intérieur du CVS</p>	<p>contrevient à l'article D311-10 du CASF.</p> <p>Écart 16 : La composition et le fonctionnement du CVS contreviennent à l'article D311-4 du CASF et au Décret N°2022-688 du 25 avril 2022.</p> <p>Écart 17 : Le règlement intérieur du CVS n'a pas été transmis, la mission ne peut s'assurer de sa conformité, ce qui contrevient à l'article D311-19 du CASF.</p>	<p>L'établissement n'a pas fourni la liste des membres du CVS avec leur type de représentation élus en mai 2025 : élu représentant des familles et représentant légal.</p> <p>L'émaillage des participants au CVS du 12/12 /25 n'éclaire pas ce point. Les catégories sont mélangées entre « représentants des familles et représentants légaux ». La Mission ne peut s'assurer qu'un mandataire judiciaire et un représentant des bénévoles sont membres du CVS. Le médecin coordonnateur n'avait pas encore pris son poste dans l'établissement.</p>	<p>Transmettre la composition complète du CVS avec les types de représentation, et les CR des réunions.</p>
<p>11</p> <p>Mettre en place une démarche qualité dans l'établissement en :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Formalisant un plan d'amélioration continue de la qualité, 2. Transmettant le PACQ et en y incluant les résultats de l'évaluation externe, 3. Transmettant le rapport d'évaluation externe. 	<p>1.4-Gouvernance-Gestion de la qualité</p> <p>Ecart 18 : L'établissement n'a pas réalisé d'évaluation entre 2015 et 2024, ce qui contrevient à l'article D.312-204 du CASF.</p> <p>Remarque 6 : Le PACQ n'a pas été fourni à la mission d'inspection.</p>	<p>Dans le document Excel « réponse inspection conjointe ARS-Département », il est indiqué : « - L'évaluation qualité HAS externe a eu lieu les 13/14/15 novembre 2024, - Un plan d'actions est en cours suite à cette évaluation externe »</p> <p>La mission d'inspection est toujours en attente d'un PACQ complet qui reprend la formalisation et le suivi de l'ensemble des objectifs d'amélioration de la qualité de l'établissement à la suite de l'évaluation de la HAS, mais aussi les objectifs qui ont pu être fixés dans le projet d'établissement, le RETEX des EI,...</p> <p>Le PACQ transmis ne comprend pas de responsable de chacune des actions ni d'indicateur de résultat.</p> <p>Le rapport de la HAS a été transmis.</p>	<p>Prescription maintenue</p> <p>Délai : 3 mois</p>	
<p>12</p> <p>Développer la politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance en :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incluant la définition de la maltraitance dans les procédures traitant de ces cas • Affichant le numéro ALMA dans l'établissement • Incluant dans le projet d'établissement un volet sur l'analyse des pratiques et la lutte contre la maltraitance 	<p>1.4-Gouvernance-Gestion de la qualité</p> <p>Écart 19 : La définition de la maltraitance et son repérage ne sont pas donnés dans la procédure gestion d'un événement indésirable, ce qui n'est pas conforme à l'article L.119-1 du CASF.</p> <p>Écart 20 : Le Numéro d'ALMA n'est pas affiché, ce qui n'est</p>	<p>Dans le document Excel « réponse inspection conjointe ARS-Département », il est indiqué que le Numéro ALMA est affiché »..</p> <p>- La définition de la maltraitance est donnée dans la « procédure de gestion des situations de maltraitances actives et de violences » revue en novembre 2024, dans le « Livret ensemble contre la maltraitance » remis à chaque nouveau collaborateur et dans le Power Point de « Formation à la prévention de la maltraitance, promotion de la bientraitance et aux droits et libertés des résidents ».</p> <p>- Un plan de sensibilisation des équipes est prévu en 2026 et l'établissement indique qu'il remettra un livret à chaque collaborateur</p> <p>La mission d'inspection prend bonne note des avancées sur ce point et attend le nouveau projet d'établissement.</p>	<p>Prescription maintenue</p> <p>Dans l'attente du nouveau projet d'établissement</p> <p>Délai : 3 mois</p>	

	<p>conforme à l'article L.311- 3 6° du CASF.</p> <p>Remarque 24 : L'établissement n'intègre pas l'analyse de pratiques dans la politique de lutte contre la maltraitance dans son PE en cours d'élaboration comme le recommande la HAS dans « Mission du responsable d'établissement rôle de l'encadrement/maltraitance », 2008.</p>		
<p>13</p> <p>Développer une culture de l'identification et de la déclaration des événements indésirables et événements indésirables graves dans l'établissement en :</p> <ol style="list-style-type: none"> Incluant la typologie des 11 événements indésirables graves qui doivent faire l'objet d'une déclaration obligatoire aux autorités de tutelles, dans les procédures relatives aux EI et en la diffusant aux personnels. Signalant tout événement indésirable grave et tout événement indésirable grave associé aux soins aux autorités compétentes. Transmettre à la Mission la procédure de déclaration des EI/EIG mise à jour ainsi qu'un tableau de suivi des EI et EIG en interne indiquant s'ils ont été déclarés aux autorités de 	<p>1.5-Gouvernance-Gestion des risques, des crises et des événements indésirables</p> <p>Écart 21 : Ne pas expliciter les situations de violence ou de harcèlement et leur signalement aux autorités de tutelles et judiciaires dans la procédure « gestion d'un événement indésirable » n'est pas conforme aux articles L. 331-8-1 du CASF et 434-3 du code pénal.</p> <p>Écart 22 : L'établissement ne dispose pas de procédure concernant le traitement de situation ou cas de maltraitance, ce qui n'est pas conforme aux articles L119-1 du CASF (Définition maltraitance), L 331-8-1 CASF (information aux autorités des dysfonctionnements graves), R331-8 du CASF (déclaration EI à autorité compétente), l'Arrêté du 28/12/2016 relatif à l'obligation de signalement des</p>	<p>Dans le document Excel « réponse inspection conjointe ARS-Département », il est indiqué L'établissement a adressé à la Mission une procédure « gestion d'un EI » actualisée en avril 2025 qui décrit le signalement et l'analyse de l'événement en interne. Cette procédure est complétée par un document « Conduite à tenir EI : Que faire ? » qui synthétise en 3 points : « J'agis- j'alerte et je déclare » la conduite à tenir.</p> <p>Dans une procédure de « Signalement en externe des EI et dysfonctionnements graves » revue également en avril 2025 sont cités les 11 dysfonctionnements graves définis par le décret de 2016, la définition des EIAS et EIGS et l'obligation de signaler ces événements à la direction générale du groupe et aux autorités de contrôle.</p> <p>Dans le document Excel « réponse inspection conjointe ARS-Département », l'EH PAD annonce un : « Planning de sensibilisation des équipes à communiquer aux équipes : acculturation à la gestion des événements indésirables et utilisation de l'outil prévu à cet effet. » qui n'a pas été transmis à la Mission.</p> <p>- la « Mise en place d'un comité qualité mensuel (encadrement + équipe pluridisciplinaire représentative de l'établissement) : 1er prévu le 23/03/2026</p> <p>- Mise en place d'une réunion éthique trimestrielle par le médecin coordonnateur (DU d'éthique en cours) »</p> <p>L'établissement n'a pas transmis à la mission, la liste des EI/EIG survenus dans l'établissement, ainsi que les actions correctrices mis</p>	<p>Prescription maintenance</p> <p>Délai : 1 mois</p> <p>Transmettre à la Mission :</p> <ul style="list-style-type: none"> le planning de sensibilisation CR de formations des équipes au signalement des EI-EIG, la liste des EI-EIG 2025 et 2026 et les RETEX y afférant le cas échéant le planning des réunions éthiques trimestrielles le CR de la réunion du 20 mars 2026

	<p>tutelle et quelles actions ont été mises en place à la suite de leur réalisation.</p> <p>ESMS, L313-24 du CASF (protection du signalant).</p> <p>Écart 23 : Dans la procédure de signalement d'un EI, ne sont pas cités les 11 types d'événements à déclaration obligatoire à l'ARS et au Conseil Départemental ce qui contrevient à l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.</p> <p>Écart 24 : Ne pas signaler les EIG -EIGS aux autorités de contrôle n'est pas conforme à l'article L331-8-1 du CASF et à l'arrêté du 28/12/2016 modifiés sur la nature des dysfonctionnements graves et événements à déclarer aux autorités administratives</p>	<p>en œuvre à leur suite. L'établissement n'a pas non plus déclaré d'EIG.</p>	
<p>14</p> <p>Développer une politique de développement de l'équipe soignante et de stabilisation des effectifs de l'EHPAD en :</p> <ul style="list-style-type: none"> Mettant un terme aux glissements de tâches des agents hôteliers vers les activités de soins. Recrutant des professionnels IDE et AS/AES conformément aux critères définis par le CPOM. Développant une stratégie de fidélisation du personnel favorisant le recrutement par contrat à durée indéterminée. 	<p>2.1-Fonctions support-Gestion des RH</p> <p>Écart 25 : Des personnels ne disposant pas du diplôme d'aide-soignant apparaissent comme AS dans les documents transmis. Cela peut entraîner des glissements de tâches entre ASH/Agents de soins et AS, ce qui constitue une non-conformité à l'article L311-3, 1° du CASF.</p> <p>Écart 26 : Les effectifs IDE et AS/AES de l'établissement ne sont pas suffisants pour permettre une prise en charge de qualité et garantir la sécurité du</p>	<p>Réponse de l'établissement : L'établissement a fourni les fiches de poste des AS et des agents hôteliers revues en novembre 2025. Afin d'éviter tous glissements de tâches, au lieu de collaborer étroitement avec les équipes soignantes selon les besoins » sur la fiche de poste de l'agent hôtelier, l'établissement n'a pas écrit « collaborer avec les équipes soignantes dans le respect et les limites de ses compétences. »</p> <p>« - Les documents sont à jour distinguant les AS des Agents de Soins - Inscriton des collaborateurs ne disposant pas du diplôme d'AS en VAE (Exception une personne à la retraite en décembre 2026, agent de soins depuis le 01/10/2008) : à ce jour 2/4 agents de soins de jour en parcours VAE - L'ensemble des postes AS vacants est pourvu. Le recours au CDD a lieu uniquement pour les remplacements. - Les 2 derniers recrutements d'IDE n'ont pas été concluants. Offres de postes publiées régulièrement. Recours à un chasseur de têtes</p>	<p>Prescription maintenue</p> <p>Délai : 3 mois</p> <p>Transmettre la fiche de poste modifiée de l'agent hôtelier,</p> <p>Les publications de poste IDE</p> <p>Inscrire dans le PE la politique de fidélisation du personnel</p>

	<p>Transmettre à la Mission les offres d'emplois diffusés par l'établissement pour les postes d'IDE et d'AS/AES.</p>	<p>résident selon les critères définis par l'ARS IDF dans le cadre de la contractualisation du CPOM, ce qui n'est pas conforme à l'article L311-3, 1° et 3° du CASF.</p> <p>Écart 27 : La proportion de recours aux CDD particulièrement pendant l'année 2024, démontre qu'il existe une instabilité des effectifs qui peut entraîner le risque d'une dégradation de la qualité de la prise en charge des résidents, ce qui n'est pas conforme à l'article L311-3, 3° du CASF.</p>	
<p>15</p> <p>Mettre en place un meilleur suivi du personnel en :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Assurant la formation de l'ensemble des personnels aux gestes et soins d'urgences ; 2. Transmettant le plan de développement des compétences 2025 réalisé ainsi que les attestations de formation des personnels ; 3. Assurant la complétude des documents relatifs aux ressources humaines et leur concordance ; 4. Assurant leur mise à jour régulière, notamment la conformité entre le planning et le tableau d'affectation des professionnels ; 5. Renseignant tous les personnels 	<p>2.1-Fonctions support-Gestion des RH</p> <p>Écart 28 : Il n'y a qu'une personne ayant eu accès à une formation AFGSU inscrite aux plans de formations transmis, ce qui ne permet pas d'assurer la formation des personnels aux gestes et à la prise en charge d'urgence ce qui contrevient à l'arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence.</p> <p>Écart 30 : L'organisation des conditions d'exercice des catégories de personnels (AS et AES) montre un glissement de tâches, ce qui n'est pas conforme aux articles L451-1 du CASF (agrément des formations sociales) L.4391-1 du CSP (exercice aide-soignant) et arrêté du 10 juin 2021 relatif à la</p>	<p>en complément : une candidature en cours sur 4 postes. Organisation provisoire : un cadre de santé en CDI avec une infirmière de liaison et 3 infirmières libérales. 4 postes d'IDE prévus au budget 2026 .»</p> <p>La preuve de la publication des offres d'emploi n'a pas été fournie. Les contrats des AS nouvellement recrutées n'ont pas été transmis non plus.</p> <p>Enfin l'établissement n'a pas développer une stratégie de fidélisation du personnel.</p> <p>Réponse de l'établissement : « - Recensement exhaustif du personnel de soins : inscription du personnel de détenu pas le certificat AFGSU au plan de développement des compétences 2026 - Réalisation du bilan de développement des compétences 2025 - Fournir le tableau du personnel distinguant les catégories socio-professionnelles - Finaliser le dossier organisation : fiches de postes / fiches de tâches heures/chronogramme pour le CSE du mois d'avril 2026 - Réaliser la campagne des entretiens annuels pilotée par le siège (outil talensoft) du 31/03/2026 au 30/06/2026. »</p> <p>L'EH PAD a fourni un bilan des formations suivies au 1^{er} semestre 2025 et non au 2^{ème} ainsi que le plan de formation 2026. Une seule formation AFGSU a été suivie en 2025 par une agente de soins. Aucune formation AFGSU n'a été programmée en 2026.</p> <p>La Mission a reçu les fiches de poste de toutes les catégories professionnelles inscrites sur l'organigramme sauf celles de la responsable RH et des agents de soins.</p> <p>La fiche de poste du faisant fonction d'aide -soignant en cours de VAE est au nom de l'EH PAD avec un lieu d'exercice à l'EH PAD Madeleine Delbrel et dans celle du cadre de santé la fiche provient de l'EH PAD Madeleine Delbrel avec le lieu d'exercice à l'EH PAD Amitié et Partage.</p>	<p>Préscription maintenue</p> <p>Délai : 3 mois</p> <p>Transmettre les documents initialement demandés et non envoyés sur les points : - 3 : des preuves sur la complétude des dossiers - 5 Le RUP à jour - 7 les Plannings du 1^{er} semestre format EXCEL - 8 les fiches de tâches heures des IDE-AS-ASG-AVS</p>

<p>l'établissement et en indiquant les catégories professionnelles des personnels de l'EHPAD dans les documents appropriés ;</p> <p>6. Actualisant les dossiers administratifs des personnels pour inclure la fiche de poste, les entretiens professionnels annuels et les diplômes des professionnels ;</p> <p>7. Formalisant des plannings pour tous les personnels de l'EHPAD ;</p> <p>8. Formalisant des fiches de poste pour les IDE, AS, ASG et ASH ainsi que des fiches de tâches horaires pour les IDE, AS, ASG et AVS. Les transmettre à la Mission.</p>	<p>formation conduisant au DEAS, D451-88 et -89 du CASF et annexe 1 de l'arrêté du 30 août 2021 relatif au DE AES.</p> <p>Remarque 10 : Les documents de suivis du personnel ne sont pas concordants entre eux.</p> <p>Remarque 11 : La liste du personnel et les plannings de l'établissement transmis ne permettent pas à la Mission d'être renseignée sur le nombre des salariés de l'équipe soignante.</p> <p>Remarque 12 : Au vu des documents transmis, la mission ne peut déterminer les catégories des professionnels remplacés par des CDD</p> <p>Remarque 13 : Les dossiers administratifs des professionnels ne sont pas complets.</p> <p>Remarque 16 : Les informations transmises par l'établissement sur les plannings ne permettent à la mission d'objectiver sur la bonne confection des plannings et la répartition des charges professionnelles entre les unités et entre les salariés.</p> <p>Remarque 17 : L'établissement n'a pas transmis les fiches de poste du directeur de l'établissement, des IDE, AS, ASG et ASH.</p> <p>Remarque 33 : Le tableau d'affectation des professionnels</p>	<p>La Mission n'a aucune preuve de la mise en œuvre des points 3-5-6-7 et n'a pas reçu les fiches de tâches horaires demandées dans le point 8.</p>
---	--	---

	<p>dans les services ne correspond pas au planning. Remarque 34 : Aucune fiche de tâches heures IDE, AS et AVS n'ont été fournies à la mission.</p>		
<p>16</p> <p>Faire signer le registre des entrées et sorties par le Maire d'arrondissement et transmettre la preuve.</p>	<p>3.1-Prise en charge-Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie</p> <p>Écart 31 : Le registre n'est pas paraphé par le maire, ce qui contrevient à l'article R331-5 CASF.</p>	<p>Réponse de l'établissement : « - Rencontre à prévoir au mois de mars pour faire signer au maire le registre des entrées ».</p>	<p>Prescription maintenue</p> <p>Délai : 3 mois</p> <p>Transmettre la preuve de la signature du maire sur le registre des entrées et des sorties.</p>
<p>17</p> <p>Développer la pratique des projets d'accompagnement personnalisés dans l'EH PAD afin de :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Garantir la participation active du résident à l'élaboration de son PAP en lui permettant de s'exprimer tout au long de sa construction 2. Mettre en place le PAP dans les trois mois qui suivent l'admission du résident 3. Permettre la participation des référents des résidents ainsi que des IDE en présentiel aux réunions de synthèse pluridisciplinaire 	<p>3.1-Prise en charge-Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie</p> <p>Écart 33 : D'après la procédure transmise, la participation active du résident à l'élaboration de son PAP n'est pas garantie, ce qui n'est pas conforme à l'article L311-3, 7° du CASF.</p> <p>Remarque 22 : La co-construction du projet d'accompagnement personnalisé n'est pas faite dans les 3 mois suivant l'admission du résident comme le préconise "Le projet personnalisé, une dynamique du parcours d'accompagnement", HAS - 2018.</p> <p>Remarque 23 : Les référents des résidents et les IDE ne participent pas en présentiel à la réunion de synthèse</p>	<p>Réponse de l'établissement : « - Participation active du résident en lui permettant de s'exprimer tout le long de sa construction depuis le mois de janvier 2026</p> <p>- Mise en place du PAP dans les 3 mois qui suivent l'admission du résident depuis le mois de janvier 2026</p> <p>- Arrivée de la psychologue en CDI à compter du 02/03/2026</p> <p>- Réunion prévue le 24/02/2026 afin de revoir la procédure sur l'élaboration du PAP pour inclure systématiquement le résident et sa famille. »</p>	<p>Prescription maintenue</p> <p>Délai : 3 mois</p> <p>Fournir un planning prévisionnel et de révision des PAP existants. Fournir la procédure d'élaboration des PAP.</p>

	<p>pluridisciplinaire comme décrit dans « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » - HAS-Décembre 2008.</p>		
<p>18</p> <p>Afficher la liste des personnes qualifiées du 14 juin 2022 dans l'EHPAD (liste disponible sur le site de l'ARS Île-de-France).</p>	<p>3.2-Prise en charge-Respect des droits et des personnes</p> <p>Écart 35 : La liste des personnes qualifiées affichée dans l'établissement n'est pas à jour, ce qui n'est pas conforme aux articles L311-3, 6° et L311-5 du CASF.</p>	<p>La photo de l'affichage des personnes qualifiées a été fournie par l'établissement.</p>	<p>Prescription retirée</p>
<p>19</p> <p>Mettre en place une pratique de la contention qui soit conforme à la réglementation en vigueur en:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Assurant une pratique de la contention respectant la liberté d'aller et venir du résident et qui garantit que la contention est individualisée, motivée, issue d'une discussion pluridisciplinaire, sur indication du médecin traitant ou du médecin coordonnateur, tracée dans le dossier médical du résident et régulièrement réévaluée, 2. Assurant le suivi et une analyse chiffrée des contentions dans le RAMA, 3. Transmettant la procédure relative aux contentions. 	<p>3.2-Prise en charge-Respect des droits et des personnes</p> <p>Écart 36 : En l'absence de transmission de la procédure relative aux contentions, la mission ne peut déterminer si la pratique de contention de l'EHPAD est compatible avec la liberté d'aller et venir du résident ainsi que les bonnes pratiques en vigueur, ce qui n'est pas conforme aux articles L311-3, 1° et L311-4-1 I du CASF.</p> <p>Remarque 26 : Les contentions ne sont pas toujours comptabilisées et analysées dans le RAMA de l'établissement.</p>	<p>Réponse de l'établissement : « - Mise en place de réunion de secteur mensuel depuis début janvier pour réévaluer en équipe pluridisciplinaire la prescription et le renouvellement des barrières, grenouillères, ceintures pelviennes, - Arrivée d'un nouveau médecin coordonnateur qui mettra à jour les contentions dans le prochain RAMA - Mise à jour prévue au 31 mars de la procédure sur l'utilisation des contentions - Mise en place d'une fiche de "bonne installation du résident " par l'ergothérapeute depuis janvier 2026. »</p> <p>L'établissement n'a pas envoyé les éléments de preuve correspondant.</p>	<p>Prescription maintenue</p> <p>Délais : 1 mois</p> <p>Transmettre tous les documents preuve : -contentions du 1^{er} trimestre 2026, -la procédure sur l'utilisation des contentions revue - La fiche de « bonne installation résident » créée par l'ergothérapeute</p>

20	<p>Développer les pratiques en lien avec l'alimentation et la nutrition dans l'établissement en :</p> <ol style="list-style-type: none"> Mettant en place des comptes-rendus de réunion avec le prestataire de la restauration Mettant en place des comptes-rendus de la commission nutrition pouvant être diffusé aux résidents et aux familles Instituant une commission menus dans l'établissement Assurant la régularité de la traçabilité des ingesta Systematisant la proposition de goûters aux résidents 	<p>3.4-Prise en charge-Vie quotidienne – Hébergement</p> <p>Remarque 7 : Aucun compte-rendu de réunion avec le prestataire Médirest n'est rédigé.</p> <p>Remarque 27 : Il n'y a pas de compte-rendu de la commission nutrition</p> <p>Remarque 28 : Il n'y a pas de commission des menus.</p> <p>Remarque 29 : La traçabilité des ingesta est aléatoire.</p> <p>Remarque 30 : Les goûters, qu'ils soient enrichis ou non, ne sont pas systématiques.</p>	<p>L'établissement a prévu dans le document Excel « réponse <i>Inspection conjointe ARS-Département</i> » :</p> <p>: Un« - Point nutrition mensuel en réunion pluridisciplinaire lors de la réunion de secteur avec mise à jour des textures, des enrichissements et des complémentaires alimentaires</p> <p>- Lors de la réunion de secteur, les résidents ayant besoin d'un suivi des ingesta sont identifiés. => mise en place au mois de mars 2026</p> <p>- Commission menus faite au mois de décembre 2025 »</p> <p>La Mission n'a pas reçu le CR ou le relevé de décisions de la commission de menus de décembre 2025</p>	<p>Prescription maintenance</p> <p>Délais : 3mois</p> <p>Transmettre : les CR ou relevés de décision des réunions pluridisciplinaires « nutrition », -le planning prévisionnel 2026 et les CR ou relevé de décision des commissions de menus, -La formalisation du suivi des ingesta.</p>
21	<p>Garantir des transmissions écrites ainsi que des temps de transmissions orales suffisants entre l'équipe de jour et l'équipe de nuit.</p>	<p>3.8-Prise en charge-Soins</p> <p>Écart 34 : Les cinq minutes d'échange entre l'équipe de jour et l'équipe de nuit ne suffisent pas à transmettre des informations essentielles pour assurer la sécurité et la qualité des soins des 73 résidents, ce qui n'est pas conforme aux articles L311-3 1° et L311-3 3° du CASF.</p>	<p>L'établissement indique dans le document Excel « réponse <i>Inspection conjointe ARS-Département</i> » : « - Adaptation des horaires de l'équipe de nuit : passage à 11h, 20h15 et 7h15 pour permettre 15 minutes de transmission à compter du 1er mars</p> <p>- Présentation d'une organisation adaptée au CSE du mois d'avril pour mise en place dès le 1er mai 2025 : adaptation aux moments clés des résidents. »</p> <p>Les fiches de tâches correspondantes n'ont pas été fournies et les horaires ne sont pas indiqués dans les fiches de poste transmises.</p>	<p>Prescription maintenance</p> <p>Délai : 1 mois</p> <p>Cf P15 : Transmettre les fiches de tâches heures ou autre document indiquant les horaires</p>
22	<p>Formaliser une procédure d'urgence indiquant les numéros à joindre et afficher dans le poste de soins.</p>	<p>3.8-Prise en charge-Soins</p> <p>Écart 37 : Aucune procédure d'urgence avec numéros à joindre en cas d'urgence n'est affichée dans le poste de soins.</p>	<p>Une maquette du « protocole d'urgence avec besoin de soins » a été transmis à la Mission. Il n'est pas encore validé. Il manque en annexe à ce protocole une synthèse de tous les numéros à joindre en fonction de l'urgence. Cette annexe sera affichée dans le poste de soins.</p>	<p>Prescription maintenance</p> <p>dans l'attente de la procédure validée et de la liste des numéros d'appel en cas d'urgence</p>

		ce qui n'est pas conforme à l'article du L311-3 1° CASF.		Délai : 1 mois
23	Sécuriser le circuit du médicament dans l'établissement en :	3.8-Prise en charge-Soins Écart 38 : L'absence de photographie du résident sur les piluliers nuit à la qualité de l'identivigilance.	L'établissement confirme dans le document Excel « <i>réponse inspection conjointe ARS-Département</i> » qu'une: « - messagerie sécurisée dans NETSOINS a été déployée dans l'établissement depuis le 20 novembre ». - Audit du circuit du médicament prévu le 26 février par le médecin coordonateur et l'IDEC -Réunion prévue avec le pharmacien courant du mois de mars pour échanger sur le circuit du médicament et la nécessité de mettre des photos sur les PDA. L'établissement n'a fourni aucune preuve de ces annonces.	Prescription maintenue Délai : 3 mois Dans l'attente de la réalisation du point 2, et des résultats de l'audit du circuit du médicament.
24	Transmettre les contrats avec les personnels paramédicaux libéraux.	4-1 Coordination avec les autres secteurs Écart 40 : L'absence de contrat avec les infirmières libérales intervenant dans l'établissement constitue une non-conformité à l'article L314-12 du CASF.	Réponse de l'établissement : « Un projet de recrutement de 4 IDE est en cours pour ne plus avoir recours aux infirmières libérales hors mesures exceptionnelles pour lesquelles une convention est à mettre en place. A ce jour, ces infirmières nous facturent à la journée et aux nombres d'heures effectuées. » Cette réponse ne répond pas à la prescription, voir le rapport d'inspection.	Prescription maintenue Délai : 1 mois transmettre les contrats avec les personnels paramédicaux libéraux e/ou les contrats des IDE depuis recrutés.

Recommandations envisagées	Réf. rapport	Réponse de l'établissement au contradictoire	Décision
1 Créer des outils de dialogue avec les familles afin de les guider vers un encadrement juridique de leur présence auprès de leurs proches.	Remarque 1 : L'initiation par l'établissement d'un dialogue avec les familles sur les intérêts d'une mesure de protection juridique contribuerait à une meilleure prise en charge des résidents.	Pas de réponse de l'établissement.	Recommandation maintenue
2 Formaliser les comptes rendus des CODIR et mentionner le rédacteur et sa qualité.	Remarque 2 : Les comptes-rendus des CODIR ne mentionnent pas le nom du rédacteur et sa fonction et ne sont pas formalisés.	Pas de réponse de l'établissement.	Recommandation maintenue
3 Transmettre le contrat et la fiche de poste de l'IDEC.	Remarque 5 : Le contrat du cadre de santé n'a pas été transmis et sa fiche de poste n'est ni signée ni datée.	Fiche de poste du cadre de santé transmise mais pas son contrat	Recommandation maintenue dans l'attente du contrat du cadre de santé.
4 Mettre en place des évaluations et bilans des prestations externes.	Remarque 8 : L'établissement ne fait pas d'évaluation et de bilans des prestations externes	Pas de réponse de l'établissement.	Recommandation maintenue
5 Mettre en place une commission chute dans l'établissement.	Remarque 9 : Il n'existe pas de commission chute dans l'établissement contrairement à ce qui est annoncé dans le règlement de fonctionnement.	Pas de réponse de l'établissement.	Recommandation maintenue
6 Assurer le suivi des prestataires et professionnels externes intervenant dans l'établissement et de leur qualification.	Remarque 15 : Aucun document n'a été transmis à la mission sur les prestataires externes et professionnels libéraux intervenant dans l'EHPAD.	Pas de réponse de l'établissement.	Recommandation maintenue
7 Mettre en place un temps d'analyse des pratiques animé par un professionnel extérieur à l'EHPAD.	Remarque 15 : L'établissement n'organise pas de temps d'échanges des professionnels pour l'analyse de leurs pratiques.	Pas de réponse de l'établissement.	Recommandation maintenue
8 Formaliser une procédure de remplacement des personnels en cas d'absence. La transmettre à la mission.	Remarque 18 : L'établissement n'a pas fourni de procédure de remplacement en cas d'absence.	Pas de réponse de l'établissement.	Recommandation maintenue

9	Mettre à jour les dossiers des résidents	<p>Remarque 19 : La mission constate une incomplétude de documents dans la tenue de certains dossiers des résidents.</p>	Pas de réponse de l'établissement.	Recommandation maintenue
10	<p>Sécuriser le stockage des DASRI en :</p> <ul style="list-style-type: none"> Assurant l'installation du socle pour la boîte OPCT <p>Aménageant un local intermédiaire de stockage des DASRI</p>	<p>Remarque 20 : Il existe un risque d'accident d'exposition au sang avec une boîte OPCT sans socle même avec le couvercle fermé.</p> <p>Remarque 21 : Il n'existe pas de local intermédiaire pour stocker les collecteurs à DASRI contrairement aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles du Guide technique- Déchets d'activité de soins à risques, ministère de la santé et des sports, 2009</p>	Pas de réponse de l'établissement.	Recommandation maintenue
11	<p>Améliorer le circuit du linge en :</p> <ul style="list-style-type: none"> Assurant une séparation marquée entre espaces pour le linge sale et pour le linge propre <p>Rangeant et en aménageant les locaux de lingerie pour permettre un bionettoyage efficace</p>	<p>Remarque 31 : Le séchage du linge serré à l'air et entreposé sur les étendoirs, le stockage de vêtements personnels dans une réserve de linge de table ainsi que la présence d'un balai à poils dans la lingerie ne respectent pas les bonnes pratiques concernant le linge de résident en ESMS données dans le guide du CPIAS, 2022.</p> <p>Remarque 32 : L'encombrement des locaux en lingerie et le manque de rangement ne permet pas un bionettoyage correct des locaux.</p>	Pas de réponse de l'établissement.	Recommandation maintenue
12	<p>Développer les pratiques en lien avec la prise en charge des résidents en :</p> <ul style="list-style-type: none"> Formalisant une procédure de prévention et de traitement de la douleur 	<p>Remarque 35 : Les procédures de prévention et du traitement de la douleur ne sont pas connues du personnel.</p> <p>Remarque 36 : L'établissement n'a pas fourni de procédure d'accompagnement de la fin de vie au sein de l'EHPAD.</p>	Pas de réponse de l'établissement.	Recommandation maintenue

	Formalisant une procédure prévoyant les actions à mettre en place pour accompagner les résidents en situation de fin de vie.		
13	Assurer un audit sur le circuit du médicament de l'EHPAD.	Remarque 37 : Ne pas réaliser d'audit sur le circuit du médicament régulièrement est contraire aux recommandations de bonnes pratiques de l'OMEDIT Ile de France et de l'ANESM.	Réponse de l'établissement dans la prescription 23. Recommandation maintenue dans l'attente des conclusions de l'audit réalisé fin février 2026

2C 197 235 4886 7

X

X

Association Chemins d'Espérance
Monsieur SCHWERTZ Directeur Général
57 rue Violet
75015 PARIS

Association Chemins d'Espérance
Monsieur SCHWERTZ Directeur Général
57 rue Violet
75015 PARIS

2C 197 235 4886 7



2C 197 235 4886 7



X

X

Association Chemins d'Espérance
Monsieur SCHWERTZ Directeur Général
57 rue Violet
75015 PARIS

ARS ILE DE FRANCE
DD 75
13 rue du Landy
CS80010
La Plaine Saint Denis
93211 SAINT DENIS CEDEX

2C 197 235 4886 7



Association Chemins d'Espérance
Monsieur SCHWERTZ Directeur Général
57 rue Violet
75015 PARIS

ARS ILE DE FRANCE
DD 75
13 rue du Landy
CS80010
La Plaine Saint Denis
93211 SAINT DENIS CEDEX

INSPECTION