

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

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

Nicolas UTZSCHNEIDER,  
Président Directeur Général  
Association UNIVI  
51 boulevard de la Liberté  
59000 Lille

**Lettre recommandée avec AR**

N° 2 C 197 235 3466 2

Saint-Denis, le **23 FEV. 2026**

Monsieur le Président Directeur général,

Dans le cadre du plan national d'inspection et de contrôle des EHPAD, un contrôle conjoint a été réalisé au sein de l'EHPAD « Les Airelles », le 6 décembre 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 19 novembre 2025 le rapport que nous a remis la mission d'inspection, ainsi que 2 injonctions, 11 prescriptions et 9 recommandations que nous envisageons de vous notifier.

Vous nous avez transmis des éléments de réponse lors de la phase contradictoire. Ces éléments nous permettent de retirer un grand nombre de mesures portant sur :

- Le taux d'occupation,
- Le plan bleu,
- L'inscription ordinale de l'IDEC,
- L'évaluation externe,
- Les tâches assurées par les auxiliaires de vie,
- La participation systématique du Medco à l'admission,
- L'arrêt de la distribution des médicaments par les AMP/AES,
- La procédure de gestion des astreintes,
- La présentation des fiches génériques et procédures au personnel,
- La procédure de gestion des plaintes,
- L'accompagnement par un pair des nouveaux professionnels soignants,
- La mise à jour des plannings de l'équipe soignante,
- La mise à jour de la procédure de remplacement en cas d'absence de personnel,
- L'analyse des contentions dans le RAMA.

Cependant, nous attirons votre attention sur le maintien des deux injonctions relatives au renforcement de l'équipe soignante par du personnel diplômé et une présence continue le matin de professionnels de soins afin d'assurer en continu la sécurité des résidents. C'est pourquoi, nous vous notifions à titre définitif deux injonctions, quatre prescriptions et deux 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](mailto:ars-dd75-medico-social@ars.sante.fr)) et à la Ville de Paris ([dsol-autonomie-inspection@paris.fr](mailto:dsol-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-contrôle-sur-pieces>. Les tutoriels de dépôt sur Bluefiles, ainsi que la notice relative au RGPD, sont annexés au présent courrier.

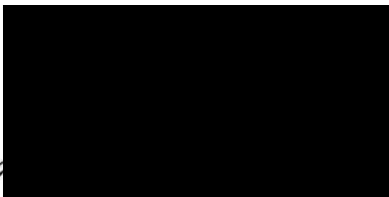
Nous vous rappelons que l'absence de mise en œuvre, dans le délai imparti, des mesures correctrices enjointes peut être sanctionnée par application des dispositions des articles L. 313-14 et L.313-16 du code de l'action sociale et des familles par l'application de sanctions financières, la mise sous 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, Monsieur le Président Directeur général, 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 et par délégation,

Le Directeur Adjoint des Solidarités



Jacques BERGER

Copie à :

Monsieur Grégoire COUDRAY  
Directeur de l'EHPAD Les Airelles  
8-10 rue des Panoyaux  
75020 Paris



**ANNEXE** : Décisions prises dans le cadre du contrôle sur pièces à partir du 6 décembre 2024 de l'EHPAD « Les Airelles »

	Injonctions	Réf. rapport	Réponse de l'établissement au contradictoire	Décision
1	<p>Engager des démarches de recrutement permettant d'assurer la présence de personnels soignants diplômés AS et IDE dans l'établissement.</p> <p>Transmettre les annonces de recrutement ainsi que tout autre document permettant à la mission de vérifier les actions mises en place par l'EHPAD.</p>	<p><b>Écart 16</b> : Les effectifs IDE et AS/AES de l'établissement ne sont pas suffisants pour permettre une prise en charge de qualité et garantissant la sécurité du résident selon les critères définis par l'ARS IDF dans le cadre de la contractualisation du CPOM.</p> <p>Article L311-3, 1° du CASF</p>	<p>« La résidence a engagé une démarche active de sécurisation et de professionnalisation de ses effectifs soignants, conformément aux objectifs du CPOM. Trois collaborateurs sont engagés depuis 2025 dans une VAE d'aide-soignant, permettant une augmentation des ETP d'aides-soignants diplômés dès 2026, avec une poursuite programmée sur 2026-2027. Cette dynamique améliore les ratios d'encadrement et contribue au respect des seuils fixés par l'ARS. Par ailleurs, l'établissement bénéficie d'une astreinte infirmière de nuit conventionnée avec l'URPS Infirmiers Île-de-France, opérationnelle 7j/7 de 21h à 7h, renouvelée jusqu'en 2027. Enfin, la présence d'une IDEC garantit la continuité des soins et complète le dispositif infirmier si nécessaire. »</p> <p>La mission prend note de l'inscription de trois collaborateurs en VAE d'AS, mais rappelle qu'il s'agit d'une démarche individuelle. Rien ne permet de garantir l'obtention du diplôme en 2026 et les candidats à la VAE ne sont pas titulaires du diplôme d'Etat. Par contre, aucun recrutement ou annonce de recrutement n'a été transmis concernant le poste d'IDE manquant, ni de recrutement sur le poste d'IDE existant et vacant le jour du contrôle.</p>	<p>Injonction maintenue</p> <p>Délai : 1 mois</p>
2	<p>Mettre en place une prise en charge continue permettant d'organiser la sécurité des résidents en matière de soins en :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Assurant une présence quotidienne d'IDE et d'ASDE permettant une prise en charge de qualité,</li> </ul>	<p><b>Écart 18</b> : D'après les plannings transmis, les effectifs IDE limités et les instabilités dans les effectifs aides-soignants ne permettent pas de garantir qu'une prise en charge optimale et que la sécurité des résidents soit assurée</p>	<p>« À la suite de l'inspection sur pièces et de l'internalisation du service hôtelier en avril 2025, la résidence a renforcé son organisation de la planification des effectifs. Un planning hebdomadaire détaillé et affiché permet désormais d'identifier clairement les qualifications, horaires, affectations, remplacements et postes non pourvus. Cette organisation garantit la lisibilité de la dimension pluridisciplinaire des équipes et la continuité des soins, notamment par un relais structuré entre équipes de nuit et de jour. Au 20 décembre 2025, 97 % des postes soignants sont pourvus, l'ensemble des postes AS/AES/AUX étant couverts en CDI, avec</p>	<p>Injonction maintenue</p> <p>Délai : 1 mois</p>

	<p>• Assurant la présence d'IDE ou d'ASDE sur la tranche horaire 7h-8h.</p> <p>Transmettre aux autorités de tutelle les plannings des 3 prochains mois comportant la qualification de l'ensemble des personnels, y compris le personnel remplaçant.</p>	<p><b>Écart 21</b> : D'après les fiches de tâches et les plannings transmis, la mission ne peut établir la présence de personnel diplômé AS ou IDE dans l'EHPAD entre 7h et 8h du matin ce qui ne permet pas de garantir la continuité de la prise en charge des résidents.</p> <p>Article L311-3, 1° et 3° du CASF.</p>	<p>un seul poste IDE en cours de recrutement et temporairement remplacé. »</p> <p>Les plannings transmis montrent une présence de deux AS entre 7h et 8h pour les 4 étages, et d'aucun IDE.</p>	
--	---	--	---	--

	Prescriptions	Réf. rapport	Réponse de l'établissement au contradictoire	Décision
1	<p>Mettre en œuvre toutes les mesures permettant à l'établissement d'avoir un taux d'occupation égal ou supérieur à 95%.</p> <p>Transmettre un récapitulatif nominatif des demandes d'admission avec motifs de refus.</p>	<p><b>Écart 1</b> : Le taux d'occupation des places en hébergement permanent est inférieur à 95%.</p> <p>Article R314-160 du CASF et arrêté du 28 septembre 2017 relatif au seuil mentionné à l'article R.314-160.</p>	<p>« La résidence a structuré et renforcé son processus d'admission afin de répondre aux exigences réglementaires et d'optimiser le pilotage de l'activité. Un suivi quotidien formalisé des demandes d'admission a été mis en place par les équipes administratives, permettant une vision en temps réel de l'avancement des dossiers. Depuis avril 2025, une nouvelle procédure d'admission, impulsée par la direction, améliore la réactivité et la fluidité du parcours d'entrée. Le taux d'occupation fait l'objet d'un suivi hebdomadaire via le logiciel All Share, intégrant l'état des chambres. Malgré l'impact temporaire des travaux de rénovation sur la capacité d'accueil, l'établissement a engagé une démarche d'optimisation des admissions et un plan de commercialisation afin de maintenir un taux d'occupation maximal. Depuis avril 2025, la résidence a atteint un taux d'occupation de 100 %, ajusté à sa capacité d'accueil opérationnelle. »</p>	<p><b>Prescription retirée</b></p>
2	<p>Rédiger et transmettre aux autorités de contrôle un plan bleu conforme à la réglementation comportant les procédures suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Procédure de gestion des décès massifs,</li> </ul>	<p><b>Écart 2</b> : Le plan bleu de l'établissement ne comporte pas de procédures en matière de gestion des décès massifs, de préparation et de gestion d'une évacuation de l'établissement ainsi que la procédure de mise en place d'un retour d'expérience</p>	<p>« L'établissement a procédé à la mise à jour de son Plan Bleu, afin de le rendre pleinement conforme à la réglementation en vigueur. Cette mise à jour intègre désormais une procédure dédiée à la gestion des décès massifs, ainsi que la démarche relative à la mise en place d'un retour d'expérience (RETEX). Le Plan Bleu comporte par ailleurs un cartouche de suivi des mises à jour, permettant d'assurer la traçabilité des révisions, des dates d'actualisation et</p>	<p><b>Prescription retirée</b></p>

	<p>Procédure de préparation et de gestion d'une évacuation de l'établissement,</p> <p>Procédure de mise en place d'un retour d'expérience (RETEX) et de mise à jour du plan bleu.</p>	<p>(RETEX) et de mise à jour du plan bleu.</p> <p>Articles L.311-3, D312-155-4-1 et D312-160 du CASF</p> <p>Arrêté du 7 juillet 2005 modifié</p>	<p>des validations. La procédure de préparation et de gestion d'une évacuation de l'établissement est quant à elle déjà formalisée et identifiée au sein du Plan Bleu à travers la fiche réflexe n°24. Le Plan Bleu mis à jour sera transmis aux autorités de tutelle. »</p> <p>Les procédures ont été rédigées et ajoutées au plan Bleu.</p>	
3	<p>Transmettre aux autorités de contrôle l'attestation d'inscription à l'ordre des infirmiers de l'IDEC.</p>	<p>Écart 3 : L'établissement n'a pas transmis l'attestation d'inscription à l'ordre des infirmiers de l'IDEC.</p> <p>Article R4112-1 du CSP.</p>	<p>« À la suite du départ à la retraite de l'ancienne infirmière coordinatrice le 30 juin 2025, la résidence a recruté une nouvelle IDEC, entrée en fonction le 1er septembre 2025. Une période d'essai a été mise en œuvre afin de sécuriser la prise de poste. Celle-ci a été validée en décembre 2025. À l'issue de cette validation, la démarche d'inscription à l'Ordre National des Infirmiers a été engagée conformément aux obligations réglementaires. »</p> <p>L'établissement a fourni une capture d'écran mentionnant l'inscription à l'Ordre infirmier avec numéro ordinal et numéro RPPS.</p>	<p><b>Prescription retirée</b></p>
4	<p>Améliorer le fonctionnement du CVS en :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Désignant d'autres membres que ceux du collège des résidents, des salariés et des familles conformément à la réglementation.</li> <li>• Précisant dans les comptes-rendus si les points à l'ordre du jour sont présentés pour avis du CVS ou pour information.</li> <li>• Assurant que les membres de la direction siègent avec une voix consultative.</li> <li>• Désignant le secrétaire de séance dans le compte-rendu.</li> <li>• Garantissant le rôle d'animation du CVS par son président et en retranscrivant ses interventions dans le compte-rendu.</li> </ul>	<p>Écart 4 : La composition du CVS n'est pas conforme à la réglementation.</p> <p>Écart 5 : La mission ne peut s'assurer que les avis sont valablement émis.</p> <p>Écart 6 : La présence de membres de la direction sans précision des modalités d'expression.</p> <p>Écart 7 : Le secrétaire de séance n'est pas explicitement désigné et n'est pas mentionné dans le compte-rendu.</p> <p>Écart 8 : Le rôle d'animation du président et l'expression des différents membres n'apparaissent pas dans les comptes-rendus.</p> <p>Écart 9 : Les comptes-rendus sont signés de la directrice.</p>	<p>« L'établissement réalise chaque année un bilan annuel de la qualité, intégrant l'ensemble des dysfonctionnements et événements indésirables survenus au cours de l'année. Ce bilan comprend notamment le nombre de déclarations d'événements indésirables (EI), d'événements indésirables déclarables (EIDO), ainsi que les plaintes et réclamations enregistrées. Il est présenté au Conseil de la Vie Sociale (CVS) et permet de partager l'analyse des situations rencontrées, ainsi que les mesures correctrices et actions d'amélioration mises en œuvre, contribuant ainsi à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de l'accompagnement au sein de l'établissement »</p> <p>Les comptes-rendus transmis permettent de s'assurer des mesures suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Précisant dans les comptes-rendus si les points à l'ordre du jour sont présentés pour avis du CVS ou pour information.</li> <li>• Assurant que les membres de la direction siègent avec une voix consultative.</li> <li>• Désignant le secrétaire de séance dans le compte-rendu.</li> <li>• Garantissant le rôle d'animation du CVS par son président et en retranscrivant ses interventions dans le compte-rendu.</li> </ul>	<p><b>Prescription maintenue</b></p> <p>Dans l'attente de la mise en conformité du CVS et de son fonctionnement.</p> <p>Délai : 3 mois.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assurant la signature des comptes-rendus uniquement par le président du CVS.</li> <li>Présentant un bilan annuel des dysfonctionnements et événements indésirables au sein de l'établissement au CVS, ainsi que les mesures correctrices,</li> <li>Faisant signer le règlement intérieur par les membres du CVS.</li> </ul> <p>Transmettre aux autorités de contrôle les compte-rendu des CVS s'y rapportant.</p>	<p><b>Écart 10 :</b> Les EIG et actions correctrices s'y rapportant ne sont pas présentés systématiquement au CVS</p> <p>Articles, D311-5, D311-9, D311-14, D311-17, D311-20 R331-10 du CASF</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assurant la signature des comptes-rendus uniquement par le président du CVS.</li> <li>Présentant un bilan annuel des dysfonctionnements et événements indésirables au sein de l'établissement au CVS, ainsi que les mesures correctrices.</li> </ul> <p>Les comptes rendus ne font pas apparaître :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Une composition conforme à la réglementation,</li> <li>La répartition des sièges et le respect de la règle de proportionnalité des collèges pour la tenue du Conseil,</li> <li>Les votes pour les demandes d'avis,</li> <li>La présentation systématique de points pour information alors qu'ils relèvent d'un avis,</li> <li>La présentation annuelle du bilan des dysfonctionnements et EIG,</li> <li>Le règlement intérieur du CVS signé par ses membres n'a pas été transmis.</li> </ul>	
5	<p>Procéder à une évaluation de l'établissement selon le calendrier fixé par les autorités de contrôle et transmettre les résultats.</p>	<p><b>Écart 11 :</b> La précédente évaluation externe a dix ans et la mission de contrôle ne dispose pas des résultats de la dernière évaluation.</p>	<p>« Une évaluation externe a été réalisée au sein de la résidence le 19 et 20 novembre 2024, conformément aux exigences réglementaires. Le rapport d'évaluation a été transmis à l'établissement le 11 janvier 2025. Les résultats de cette évaluation ont été portés à la connaissance des autorités compétentes. Ils font l'objet d'une publication en ligne sur l'outil QUALISCOPE de l'ARS. Cette démarche s'inscrit dans une logique de transparence et d'amélioration continue de la qualité »</p> <p>L'évaluation fait ressortir une majorité de critères notés à 4 avec les moyennes globales par chapitre suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. La personne : 3,83 ;</li> <li>2. Les professionnels : 3,89 ;</li> <li>3. L'ESMS : 3,95.</li> </ul> <p>Les points faibles, dont les notes sont inférieures à 3 concernent les thématiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La personne accompagnée est associée à la révision des règles de vie collective ou des modalités de fonctionnement du service et des outils favorisant leur compréhension (2,67),</li> <li>La personne accompagnée participe à la définition de ses besoins en matière de prévention et d'éducation à la santé (2).</li> </ul>	<p><b>Prescription retirée</b></p>
6	<p>Développer la démarche qualité et formaliser la politique de</p>	<p><b>Écart 12 :</b> La politique de promotion de la bientraitance et</p>	<p>« L'établissement est engagé dans une démarche continue de qualité et de promotion de la bientraitance, reposant sur une</p>	<p><b>Prescription maintenue</b></p>

<p>bientraitance notamment les actions de lutte contre la violence au sein de l'établissement en :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (1) Déclinant plus en détail la politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance dans le projet d'établissement et en assurant le suivi de sa mise en place par des outils dédiés dont le plan d'amélioration continue de la qualité ;</li> <li>• (2) Rédigeant et transmettant les documents relatifs à la gestion des situations de violence et de harcèlement sexuels ;</li> <li>• (3) Formant l'ensemble du personnel à la promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance ;</li> <li>• (4) Se dotant d'une structure de suivi de la qualité ;</li> <li>• (5) Formalisant et en diffusant auprès des personnels les fiches de signalement de faits de maltraitance, de violence et pour l'accompagnement bientraitant des résidents.</li> </ul> <p>Transmettre tous les documents mis à jour, le document de suivi de la politique qualité mis en place et les feuilles d'émergence des formations bientraitance aux autorités de contrôle.</p>	<p>de lutte contre la maltraitance n'est pas clairement formalisée et ne permet d'affirmer qu'elle est opérationnelle dans l'établissement.</p> <p><b>Écart 13 :</b> L'établissement ne dispose de procédures concernant les situations de violence ou de harcèlement sexuels.</p> <p><b>Écart 17 :</b> Le faible nombre de personnes formées en 2023 et 2024 à la bientraitance et à la prévention de la maltraitance, ne garantit pas une bonne sensibilisation des professionnels à ces thématiques,</p> <p><b>Remarque 3 :</b> L'établissement ne s'est pas doté d'un véritable plan d'amélioration continue de la qualité ni d'une structure de suivi de la qualité.</p> <p><b>Remarque 4 :</b> La promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance est déclinée en actions non opérationnelles et non incluses dans le Plan d'Amélioration Continue de la Qualité ce qui ne permet pas leur effectivité.</p> <p><b>Remarque 5 :</b> L'établissement a transmis une fiche de signalement des faits de maltraitance ou de violence non finalisée, celle-ci n'est donc pas opérationnelle.</p> <p><b>Remarque 6 :</b> L'établissement a transmis une fiche d'accompagnement bientraitant du résident en EHPAD, cette</p>	<p>organisation structurée et des outils dédiés. Il dispose de procédures formalisées et à jour relatives au signalement des situations de maltraitance et à la conduite à tenir pour garantir un accompagnement bientraitant des résidents, ainsi que de protocoles spécifiques concernant les lanceurs d'alerte et la gestion des événements indésirables graves ; des fiches de signalement sont par ailleurs diffusées et accessibles à l'ensemble des professionnels.</p> <p>Une cartographie des risques de maltraitance est élaborée et mise à jour annuellement afin d'identifier, d'évaluer et de prévenir les situations à risque, un plan d'action est systématiquement associé. La bientraitance constitue une thématique transversale inscrite dans le planning annuel de l'établissement, avec des actions de sensibilisation prévues chaque année à compter de 2026. Le pilotage de la démarche qualité est assuré par un référent qualité, avec l'appui du siège et d'un responsable qualité territoriale, et s'appuie sur un outil informatique dédié (« Ageval ») permettant un suivi rigoureux des plans d'actions, des audits de terrain et des événements indésirables ; un programme qualité annuel garantit par ailleurs un suivi structuré et opérationnel, en cohérence avec la politique qualité du siège diffusée à l'ensemble des établissements. Enfin, le projet d'établissement est actuellement en cours de réactualisation et intégrera de manière détaillée les valeurs portées par l'établissement ainsi que les modalités de prévention, de repérage et de traitement des situations de maltraitance, au sein desquelles la politique qualité sera formalisée et déclinée. »</p> <p>L'établissement a transmis :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- (4) Les éléments relatifs à un suivi de la qualité au niveau du gestionnaire et des éléments de suivi dans l'établissement ;</li> <li>- (5) les fiches de signalement des faits de maltraitance ou de violence, ainsi que les procédures de déclaration des EI et EIG.</li> </ul> <p>Les points suivants ne sont pas complets :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- (1) la présentation du nouveau projet d'établissement intégrant la politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance ;</li> <li>- (2) la procédure de gestion des situations de violence et de harcèlement sexuels ne concerne que les salariés ;</li> </ul>	<p>Délai : 6 mois</p>
--	---	---	-----------------------

		<p>fiche ne contient pas les modalités de diffusion d'appropriation par les équipes.</p> <p>Articles L119-1, L311-3, 1° et L331-8-1 du CASF Circulaire du 20 février 2014 et de l'Instruction DGAS/2A N°2007-112 du 22 mars 2007.</p>	<p>(3) la preuve de réalisation de formation de l'ensemble du personnel à la promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance.</p>	
7	<p>Développer la culture d'identification et de déclaration des événements indésirables et événements indésirables graves dans l'EHPAD en :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Déclarant l'ensemble des EIG relevant de l'arrêté du 28/12/2016 modifié aux autorités de tutelles et en assurant leur suivi,</li> <li>• Retravaillant les fiches de procédure afin de distinguer les différentes étapes de l'identification et de la déclaration des événements indésirables, d'identifier les circuits de déclarations entre réclamation, événement indésirable grave (EIG) et événement indésirable grave associé aux soins (EIGS), ainsi que pour indiquer le cas devant faire l'objet d'un signalement au procureur de la République,</li> <li>• Formant l'ensemble du personnel de l'établissement à la déclaration et gestion des événements indésirables.</li> </ul> <p>Transmettre à la mission la procédure mise à jour, tout</p>	<p><b>Écart 14 :</b> L'établissement ne déclare pas l'ensemble des dysfonctionnements et événements relevant de l'arrêté du 28/12/2016 modifié.</p> <p><b>Écart 15 :</b> Les EIG ne sont pas déclarés à l'ARS Île-de-France.</p> <p><b>Remarque 7 :</b> Les fiches de procédure traitant de de la gestion des plaintes et réclamations, de la gestion des événements indésirables simples et à déclaration obligatoire dans l'établissement sont incomplètes.</p> <p><b>Remarque 10 :</b> La distinction entre réclamation et événement indésirable à déclaration obligatoire n'est pas faite dans le registre tenu par l'établissement</p> <p><b>Remarque 11 :</b> La fiche de traitement des EIG n'est pas cohérente dans le déroulement de leur traitement et contient des erreurs.</p> <p><b>Remarque 12 :</b> L'établissement n'a pas mis en place en 2024 un suivi et un bilan des EIG dans le</p>	<p>« L'établissement a structuré la gestion des situations indésirables au moyen de procédures distinctes et complémentaires. Il dispose d'une procédure relative aux événements indésirables (EI) et d'une procédure spécifique concernant les événements indésirables déclarables (EIDO), lesquelles précisent les modalités d'identification, de déclaration aux autorités de tutelle et de suivi des événements relevant de l'arrêté du 28 décembre 2016 modifié. Afin d'assurer une distinction claire entre les différentes situations, l'établissement est également doté d'une procédure spécifique de gestion des plaintes et réclamations, permettant de traiter les expressions des usagers ou de leurs proches et de les différencier des événements indésirables soumis à une déclaration réglementaire. Par ailleurs, une procédure de signalement des faits de maltraitance est en vigueur et précise explicitement les situations devant faire l'objet d'un signalement au procureur de la République.</p> <p>L'ensemble de ces procédures a été revue et actualisée par l'établissement afin de clarifier les circuits d'identification, de déclaration et de traitement entre réclamation, événement indésirable et événement indésirable déclarable. Leur mise en œuvre et leur suivi s'appuient sur un outil informatique de gestion de la qualité (« [REDACTED] »), qui permet de distinguer et de tracer spécifiquement les événements indésirables (EI), les événements indésirables déclarables (EIDO) ainsi que les plaintes et réclamations.</p> <p>Enfin, un bilan annuel de la qualité est réalisé chaque fin d'année ; il présente le nombre de déclarations effectuées au cours de l'année, incluant les événements indésirables, les événements indésirables graves ou déclarables, ainsi que le nombre de plaintes et de réclamations, et permet d'alimenter les actions d'amélioration continue de l'établissement. »</p>	<p>Prescription <b>maintenue</b></p> <p>Délai : 6 mois</p>

	<p>document permettant d'attester de la formation des professionnels ainsi qu'un document de suivi et de déclaration des événements indésirables survenus dans l'établissement.</p>	<p>cadre d'une démarche d'amélioration de la qualité.  <b>Remarque 13</b> : Les fiches de procédure ne mentionnent pas explicitement la possibilité de faire un signalement au procureur.  <b>Remarque 16</b> : Les documents transmis concernant la formation des personnels ne présentent aucune formation réalisée sur la gestion des EI/EIG ce qui ne participe pas à l'exhaustivité des déclarations qui auraient dues être faites aux autorités de contrôle.</p> <p>Arrêté du 28/12/2016 modifié Article L331-8-1 du CASF</p>	<p>L'établissement a de plus fourni un planning des sensibilisations réalisées en internes comprenant la gestion des EI.</p> <p>L'établissement a transmis la liste des EI dans laquelle six d'entre eux auraient dû faire l'objet d'une déclaration en tant qu'EIG. Par ailleurs, l'établissement ne déclare pas l'ensemble des EI à la Ville de Paris.</p>	
8	<p>Revoir et préciser les tâches assurées par les auxiliaires de vie (ADV) afin d'éviter les glissements de tâches en :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Révisant les fiches de tâches ADV pour assurer qu'elles n'effectuent que des actes de changes relevant d'aide à la vie courante et pas d'actes de soins ne relevant pas de leur compétence,</li> <li>• Indiquant sur les fiches de tâches heures ADV que la distribution des compléments alimentaires doit faire l'objet d'une traçabilité auprès de l'IDE dès leur prise par le résident</li> </ul>	<p><b>Écart 19</b> : Les fiches de tâches transmises ne définissent pas quels types de changes peuvent faire les ADV alors que les changes ne relevant pas de l'aide à la vie courante constituent des actes de soin qui nécessitent à minima d'être fait en collaboration avec des personnels diplômés AS. Cela constitue donc un risque de glissement de tâches ne permettant pas de garantir une prise en charge sécurisée du résident.  <b>Écart 20</b> : Les auxiliaires de vie participent à la pose de bas de contention qui sont des actes infirmiers qui ne peuvent être délégués qu'aux aides-soignants.</p>	<p>« À la suite du constat relatif aux fiches de tâches horaires des aides de vie, la résidence a procédé à leur mise à jour afin d'assurer leur conformité au cadre légal et réglementaire. Les missions ont été clarifiées et précisées afin de distinguer explicitement les actes relevant de l'aide à la vie courante de ceux relevant du soin. Des mentions spécifiques ont été ajoutées pour encadrer strictement les conditions de réalisation des changes par les aides de vie et la distribution des compléments alimentaires. Ces précisions permettent d'identifier les situations autorisées pour des résidents stables sans dispositif médical associé et d'exclure toute prise en charge relevant d'un acte de soin. Cette révision vise à sécuriser les pratiques professionnelles et la qualité de la prise en charge des résidents. »</p> <p>Les fiches de tâches heures des auxiliaires de vie de jour et de nuit ne font pas apparaître d'actes relevant de la compétence aide-soignante.</p>	<p><b>Prescription retirée</b></p>

	<p>Transmettre aux autorités de contrôle les fiches de tâches mises à jour.</p>	<p><b>Remarque 19</b> : Il n'est pas précisé dans la fiche de tâches des ADV jour que la distribution des compléments alimentaires doit être rapportée à l'IDE et tracée sur le logiciel de soins.</p> <p><b>Remarque 20</b> : Le terme « soins » est employé sans distinction dans les fiches de tâches des aide-soignant et auxiliaire de vie alors que ces personnels n'assurent pas les mêmes missions.</p> <p>Articles L311-3, 1° et 3° du CASF. Articles R4311-4 et R4311-7 11° du CSP.</p>		
9	<p>Assurer la participation du médecin coordonnateur à toutes les admissions.</p> <p>Transmettre tout document montrant la participation du médecin coordonnateur aux admissions en 2023.</p>	<p><b>Écart 22</b> : Le médecin coordonnateur n'a pas rendu d'avis sur toutes les admissions en 2023.</p> <p>Article D312-158 du CASF</p>	<p>« La résidence a renforcé sa procédure d'admission afin d'assurer la participation systématique du médecin coordonnateur à chaque admission. Cette organisation permet d'intégrer pleinement l'avis médical dans le parcours d'entrée des résidents comme le montre le pré-RAMA 20225. La présence du médecin coordonnateur systématique contribue à une meilleure adéquation entre l'état de santé des résidents et les besoins de prise en charge. Elle garantit également la qualité et la sécurité du processus d'admission. Cette mesure s'inscrit dans la continuité des actions de pilotage et de professionnalisation de l'établissement. »</p> <p>Les données extraites du RAMA 2025 font état d'un taux d'avis rendus par le Medco de 100 %.</p>	<p><b>Prescription retirée</b></p>
10	<p>Assurer que chaque résident dispose d'un projet personnalisé à jour et renouveler à minima annuellement.</p> <p>Transmettre à la mission un document de suivi prévoyant un calendrier d'élaboration des projets personnalisés.</p>	<p><b>Écart 23</b> : 42 résidents sur 79 ont un projet personnalisé qui date de plus d'un an au jour du contrôle ce qui ne permet pas d'assurer l'individualisation de leur prise en charge.</p> <p>Article L311-3, 1° du CASF</p>	<p>« À la suite de l'inspection, la résidence a constaté que certains projets individualisés des résidents (PAI) n'étaient pas à jour, avec quelques résidents sans PAI renouvelé ou absent. Conformément à la prescription de l'ARS, un plan de régularisation a été mis en œuvre, avec un engagement de mise en conformité complète au 30 juin 2026. Un tableau de suivi a été actualisé pour piloter les échéances, assurer la traçabilité des démarches et planifier la réalisation des PAI. Les équipes ont été mobilisées dès décembre 2025 pour identifier les PAI manquants et proposer un planning</p>	<p><b>Prescription maintenue</b></p> <p>Délai : 6 mois</p>

			<p>réaliste et réalisable. Cette démarche garantit le respect des obligations réglementaires et l'individualisation de l'accompagnement des résidents. »</p> <p>Le planning de suivi des PAI fait état d'un renouvellement de l'ensemble des PAI en 2026. Afin de s'assurer de l'effectivité de ces renouvellements, la Mission demande la transmission de l'actualisation du planning à six mois.</p>	
11	<p>Mettre fin à la distribution des médicaments par les AMP et AES.</p> <p>Transmettre la procédure mise à jour.</p>	<p><b>Écart 24 :</b> La procédure transmise indique que les AMP et AES peuvent distribuer des médicaments alors que ces personnels ne sont habilités qu'à l'administration des médicaments « acte à la vie courante » ce qui peut entraîner un risque pour la prise en charge des résidents.</p> <p>Article L311-3, 1° du CASF</p>	<p>L'établissement a mis à jour sa procédure. « Les AMP et les AES ne sont plus autorisés à distribuer les médicaments ; leur intervention se limite le cas échéant à une aide à la prise de médicaments non injectables uniquement en présence et sous la responsabilité directe d'un IDE. »</p>	<p><b>Prescription retirée</b></p>

	Recommandations envisagées		Réponse de l'établissement au contradictoire	Décision
1	Compléter le projet d'établissement pour inclure des éléments sur l'élaboration des projets individuels de vie des résidents et leur personnalisation.	<b>Remarque 1 :</b> Le projet d'établissement n'aborde pas l'élaboration des projets individuels de vie (PVI) des résidents et leur personnalisation.	L'établissement annonce qu'un nouveau projet d'établissement est en cours d'élaboration avec une date prévisionnelle de finalisation pour le 1 <sup>er</sup> juin 2026. Un groupe de travail est dédié au PVI.	Recommandation maintenue dans l'attente de la transmission du projet d'établissement
2	Compléter la fiche de procédure d'organisation des astreintes.	<b>Remarque 2 :</b> La fiche de procédure d'organisation de la permanence des responsables et d'astreinte est incomplète.	L'établissement a formalisé une procédure de gestion des astreintes et de gestion des urgences complétée.	Recommandation retirée
3	Transmettre les fiches d'émergence des sessions de présentation des fiches génériques au personnel de l'EHPAD.	<b>Remarque 8 :</b> L'établissement n'a transmis aucun élément permettant de savoir comment les fiches de procédure génériques sont déclinées auprès du personnel de l'EHPAD.	Les fiches génériques ont été présentées au personnel mais sans faire l'objet d'émergence. A partir de 2026, des émergences seront mis en place.	Recommandation retirée
4	Revoir le logigramme de gestion des plaintes et réclamations pour agrandir les champs des événements pouvant être remontés par les familles et résidents.	<b>Remarque 9 :</b> Le logigramme de la fiche de gestion des plaintes et réclamations ne favorise pas la prise en compte des dysfonctionnements et insatisfactions au niveau du fonctionnement global dans leur traitement.	La procédure de gestion des plaintes et recommandation a été revue et mise à jour.	Recommandation retirée
5	Assurer la conformité des ETP des personnels entre les documents RH ainsi que le rattachement des personnels auxiliaires de vie et AMP dans les bons effectifs de l'établissement.	<b>Remarque 14 :</b> Les ETP indiqués pour le médecin coordonnateur et le médecin prescripteur ne sont pas les mêmes entre les documents transmis. <b>Remarque 15 :</b> Les auxiliaires de vie et aides médico-psychologique sont considérées comme du personnel d'hôtellerie dans le tableau des ETP.	Les documents transmis, à savoir l'organigramme et la répartition des ETP par profession, ne permettent pas d'établir un lien sur l'effectivité des postes.	Recommandation maintenue

6	<p>Prévoir un accompagnement par un pair pour les nouveaux professionnels intégrant l'établissement et formaliser un livret d'accueil qui présente notamment l'EHPAD et son fonctionnement, le circuit de déclaration des événements indésirables et les personnels référents de la structure.</p>	<p><b>Remarque 17 :</b> Les documents transmis ne constituent pas un document d'accueil complet pour l'intégration des nouveaux personnels et ne permettent pas à la mission d'apprécier la période d'accompagnement par un pair des nouveaux professionnels en CDD long/CDI</p>	<p>L'établissement a fourni un livret d'accueil pour les nouveaux salariés qui comprend la gestion des EI. L'établissement a rédigé une grille permettant un suivant du nouvel arrivant et de la présentation d'un ensemble de poings liés au fonctionnement de la structure, accompagné par un pair nommé désigné. Une fiche plus synthétique a également été réalisée pour l'accueil des contractuels de courte durée.</p>	<p><b>Recommandation retirée</b></p>
7	<p>Mettre à jour les plannings de soin de l'établissement pour s'assurer que seuls les personnels rattachés à l'équipe de soins soient indiqués.</p>	<p><b>Remarque 18 :</b> Le planning de l'équipe soignante inclut l'animatrice.</p>	<p>L'établissement a procédé à l'ajustement du paramétrage du logiciel [REDACTED] afin de fiabiliser les plannings de soin. Ainsi, seuls les professionnels rattachés à l'équipe de soin apparaissent sur les plannings dédiés.</p>	<p><b>Recommandation retirée</b></p>
8	<p>Mettre à jour la procédure pour retirer les familles des remplaçants potentiels en cas d'absence de personnel.</p>	<p><b>Remarque 21 :</b> Les familles sont citées comme remplaçants dans la procédure de remplacement</p>	<p>L'établissement a mis à jour sa procédure en cas d'absence de personnel.</p>	<p><b>Recommandation retirée</b></p>
9	<p>Mettre en place une analyse de la pratique des contentions dans le RAMA de l'établissement.</p>	<p><b>Remarque 22 :</b> Le RAMA 2023 ne présente pas le détail des contentions prescrites dans l'établissement.</p>	<p>Un extrait du RAMA a été fourni par l'établissement présentant une analyse des contentions.</p>	<p><b>Recommandation retirée</b></p>