

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

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

**Ville de Paris
Direction des solidarités
Sous-direction de l'autonomie
Affaire suivie par Florence PEKAR
Courriel :**

**Agence Régionale de Santé
Délégation départementale de Paris
Affaire suivie par : Conrad Lajusticia
Courriel :**

**Directeur général
Groupe EMEIS
12 rue Jean Jaurès
92800 Puteaux**

Saint-Denis, le 04 AOUT 2025

Lettre recommandée avec AR

N° 2C 492 925 6874 7

Monsieur le Directeur Général,

Comme annoncé dans le courriel du 15 novembre 2024, un contrôle sur pièces de l'EHPAD « Assomption » a été réalisé au titre du programme pluriannuel de contrôle des EHPAD, programme qui s'inscrit dans le cadre de l'orientation nationale d'inspection contrôle validée par le Conseil national de pilotage des ARS et des engagements de la Ville de Paris de renforcer les contrôles des EHPAD parisiens.

Dans le cadre de la procédure contradictoire, en application des articles L.121-1 et L.122-1 du code des relations entre le public et l'administration, nous vous avons adressé le rapport que nous a remis la mission d'inspection, ainsi que 12 prescriptions et 13 recommandations que nous envisagions de vous notifier.

Vous nous avez transmis le 4 juin dernier des éléments de réponse. Nous notons que des corrections et des précisions ont été apportées concernant les mesures suivantes :

- Prescription 2 : « Transmettre un projet d'établissement. »
- Prescription 5 : « Transmettre le document de délégation de signature du directeur de l'EHPAD envers la directrice adjointe. »
- Prescription 11 : « Fournir la preuve qu'il y a bien eu au moins une évaluation de la douleur au cours de l'année pour chaque résident. »
- Prescription 12 : « Mettre en place un rythme de pesée mensuel pour chaque résident. Transmettre les éléments permettant à la mission de vérifier que chaque résident est suivi mensuellement. »
- Recommandation 1 : « Compléter le règlement de fonctionnement par les soins internes et la fin de vie. »
- Recommandation 5 : « Transmettre des éléments concernant l'emploi de personnel en intérim. »
- Recommandation 6 : « Proposer dans le plan de développement des compétences des formations sur la prise en charge de la douleur, de la fin de vie, aux troubles du comportement et aux troubles sensoriels. »

- Recommandation 9 : « Compléter la fiche de procédure de remplacement en cas d'absence de personnel. »
Recommandation 10 : « Transmettre le RAMA 2024 comportant le nombre d'avis rendus par le médecin coordonnateur pour les admissions. »
- Recommandation 13 : « Compléter la procédure pour la pause des contentions en précisant les cas d'urgence. »

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

Aussi, vous vous notifiions à titre définitif 8 prescriptions et 7 recommandations que vous trouverez en annexe au présent courrier.

Nous appelons votre attention sur la nécessité de transmettre à la Délégation départementale de Paris de l'ARS IDF et à la Ville de Paris les éléments de preuve documentaire permettant la levée définitive de ces décisions. Pour cela, veuillez utiliser la plateforme Bluefiles pour l'ARS et communiquer les pièces par mail à la Ville de Paris

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 Directeur Général, l'expression de notre considération distinguée.

Pour le Directeur général de l'Agence régionale
de santé Île-de-France et par délégation,
Le Directeur de la Délégation départementale de Paris

Pour la Maire de Paris et par délégation,

 La Directrice des Solidarités

Tanguy BODIN

Jeanne SEBAN

Copie à :

EHPAD Assomption
19 rue de l'Assomption
75016 PARIS

Annexe : Décisions prises dans le cadre du contrôle sur pièces de l'EHPAD « Assomption » réalisé à partir du 15 novembre 2024

Prescriptions :

	Prescription envisagée	Réf Rapport	Reponse établissement au contradictoire	Decision
1	Transmettre les données relatives au taux d'occupation tous les deux mois en vue d'atteindre le taux cible de 95 %. Article R314-160 du CASF et Arrêté du 28 septembre 2017 relatif au seuil mentionné à l'article R.314-160 CASF.	1.1- Écart 1 : Le taux d'occupation des places en hébergement permanent est inférieur à 95%.	La mission note l'augmentation du taux d'occupation qui passe de 86,7% en novembre 2024 à 92,6% à ce jour. Toutefois le taux d'occupation reste est inférieur à 95%.	Prescription maintenue Délai : Tous les deux mois
2	Transmettre un projet d'établissement. Articles L311-8 du CASF, D311-38 du CASF, D312-160 CASF, R314-88 1° du CASF.	1.2- Ecart 2 : L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement valide.	L'établissement a transmis le projet d'établissement 2025-2030 finalisé. Il est complet et aborde le projet institutionnel, l'inclusion dans le schéma départemental de l'autonomie, le projet de vie, le projet d'animation, le projet de soins, les prises en charge spécifiques.	Prescription retraitée
3	A minima, compléter le plan bleu par les procédures suivantes : • Procédure en cas de rupture d'électricité, • Procédure de gestion des décès massifs, • Procédure pour la mise en place du retour d'expérience (RETEX) et de mise à jour du plan.	1.2- Ecart 3 : Le plan bleu transmis n'est pas conforme aux prescriptions de 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.).	Documents transmis : • Le DARDE 2025 (document d'analyse des risques liés à une défaillance d'énergie) annexé au registre de sécurité concernant la procédure en cas de rupture d'électricité. • Procédure de mise à jour du retour d'expérience et procédure de mise à jour du plan bleu. La mission prend acte que l'établissement a prévu d'ajouter au plan bleu la procédure de gestion des décès massifs.	Prescription maintenue concernant la complétude du plan bleu avec la procédure de gestion des décès massifs. Délai : 3 mois

Prescription envisagée		Ref Rapport	Réponse établissement au contradictoire	Decision
	Instruction interministérielle N° DGCS/VS S2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD.			
4	Assurer un temps plein sur la fonction de direction de l'établissement. Transmettre le contrat de travail du directeur aux autorités de contrôles. Article D.312-155-0 du CASF	1.2- Ecart 4 : La mission note que le directeur ne consacre pas 100% de son temps de travail à la résidence Assomption, ce qui ne permet pas d'assurer l'ensemble de ces missions au sens de l'article D.312-155-0 du CASF.	La mission prend acte des informations transmises par l'établissement, dont l'avenant au contrat du directeur, et de la présence d'adjoints dans les autres établissements dans lesquels intervient le directeur. Le directeur actuel intervient toujours dans deux établissements. La mission demande donc l'envoi des contrats de la directrice adjointe et de l'adjointe de direction de l'EHPAD Assomption afin de disposer de tous les éléments d'analyse sur l'organisation des missions de la direction dans l'établissement.	Dans l'attente des documents demandés, la prescription est maintenue. Délai : 6 mois
5	Transmettre le document de délégation de signature du directeur de l'EHPAD envers la directrice adjointe. Article D315-67 CASF	1.2- Ecart 5 : Il n'a pas été transmis à la mission le document de délégation de signature du directeur de l'EHPAD envers la directrice adjointe.	Les documents de délégation de signature du directeur envers la directrice adjointe ont été transmis. Celle-ci reçoit délégation pour tous les actes de gestion courante de l'établissement, y compris les entretiens d'évaluation professionnelle des salariés.	Prescription retirée
6	Modifier la composition des membres du CVS pour assurer la répartition indiquée	1.3- Ecart 6 : La composition du CVS indiquée dans le règlement	L'EHPAD a indiqué la tenue de nouvelles élections du CVS	La mission prend acte des élections

	Prescription envisagée	Ref Rapport	Reponse etablissement au contradictoire	Decision
	à l'article D311-5 du CASF, vérifier que cet équilibre des présents est réalisé à chaque séance du CVS. Transmettre le nouveau règlement intérieur et le compte rendu du prochain CVS. Articles D311-5 et D311-9 du CASF	intérieur ne respecte pas l'article D311-5 du CASF et la garantie de l'équilibre des présents n'est pas assurée à chaque séance selon le même article. 1.3- Ecart 7 : Le représentant de l'organisme gestionnaire au CVS ne peut être directeur, ni l'adjoint de direction (D311-9 du CASF).	Les documents prouvant la composition réglementaire du CVS ont été transmis. Toutefois, la mission note que la composition du CVS n'est toujours pas conforme à la réglementation.	et des résultats transmis, dans l'attente d'une composition conforme et du règlement intérieur mis à jour la prescription est maintenue
7	Transmettre le compte rendu du prochain CVS signé par le président. Article D311-20 du CASF.	1.3- Ecart 8 : Le directeur ne peut signer le compte-rendu du CVS, il doit être signé par le président.	L'établissement a indiqué avoir consulté le SYNERPA en raison de la difficulté à désigner le directeur territorial de l'organisme gestionnaire comme représentant de l'organisme gestionnaire qui apporté la réponse suivante : « Si l'établissement peut justifier de difficultés concrètes à désigner le directeur territorial en tant que représentant de l'organisme gestionnaire notamment pour des raisons d'organisation ou de disponibilité, cette solution du directeur de l'établissement peut être acceptée par les autorités de tutelle. Cela se fait souvent au cas par cas. Il y a en effet la réglementation, et puis il y a son application sur le terrain, qui effectivement peut parfois se heurter à des contraintes pratiques.	Délai : 5 mois La mission prend note des éléments transmis. Il est signalé à l'établissement que toute personne désignée par l'organisme gestionnaire peut assurer sa représentation au CVS. Prescription maintenue

	Prescription envisagée	Ref Rapport	Réponse établissement au contradictoire	Décision
8	Stabiliser les équipes en procédant au recrutement dès que possible à des personnels en CDI. Article L.311-3 1° et 3° du CASF.	2.1- Écart 9 : En ayant recours de manière importante aux personnels en CDD, la direction de l'établissement ne pourvoit pas de manière durable et permanente certains postes de soignants, ce qui est de nature à remettre en cause la sécurité de la prise en charge des résidents. 2.1- Écart 10 : L'instabilité de l'équipe impacte la qualité de la continuité des soins ainsi que la	Le directeur adjoint, ou l'adjoint de direction, peut valablement être désigné comme représentant de l'établissement au sein du CVS, avec une voix consultative. Le directeur de l'établissement, quant à lui, peut être désigné comme représentant de l'organisme gestionnaire, avec une voix délibérative, sous réserve qu'il dispose de la délégation nécessaire pour engager l'organisme. Cette répartition permet de respecter l'indépendance des deux représentations : celle de l'établissement et celle de l'organisme gestionnaire. » 6 contrats en CDI de personnels soignants ont été conclus en 2025 et transmis : 3 ASDE et 2 IDE. Une IDE d'un autre établissement du groupe a été affectée à l'EHPAD Assomption. La mission prend note de la promesse d'embauche d'un médecin coordinateur et de la progression des CDI au sein de l'équipe soignante. L'établissement transmet également un tableau détaillant les CDI présents dans l'établissement en juin 2024, décembre 2024 et juin 2025. D'après ce document tous les postes sont pourvus en CDI dans l'établissement à l'exception de six AS.	La mission constate la progression des effectifs en CDI entre juin 2024 et 2025, en particulier au niveau des aides-soignants et des IDE. Toutefois, la mission n'a pas été destinataire des contrats signés ainsi que des diplômes de tous les AS et IDE

Prescription envisagée	Ref Rapport	Réponse établissement au contradictoire	Décision
	qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents.		recrutés et actuellement en poste dans l'EHPAD. Dans l'attente de ces documents, la prescription est maintenue. Délai : 6 mois
9 Rédiger et transmettre des fiches de tâche heurée distinctes pour les aides-soignants et les AMP qui respectent leurs prérogatives respectives. Faire appliquer cette nouvelle répartition de tâches. Articles L.311.1& D.312-150-0, II du CASF.	2.1- Écart 11 : Une fiche de tâche heurée est commune aux aides-soignants et AMP. La mission ne peut s'assurer qu'il n'existe pas de glissement de tâches entre ces professionnels, ce qui contrevient aux articles L.311.1& D.312-150-0, II du CASF.	L'établissement indique les éléments suivants : Nous possédons une fiche de poste qui permet de mettre en avant le champ de compétences de chaque corps de métier (Cf. annexes 61 et 62). Cette fiche est transmise à l'embauche, signée et remise aux deux parties. Les fiches horaires, dites "heureuses" ont une vocation distincte : elles visent à organiser le déroulement global de la journée, sans pour autant détailler les compétences spécifiques ni les actes professionnels à réaliser. En ce sens, elles ne constituent pas un outil de répartition des tâches par compétence, mais bien un support organisationnel transversal. Il ne peut donc pas y avoir de glissement de tâches entre les	La mission indique à l'établissement que les missions des AS et AMP sont différentes et ne peuvent pas être contenues sur une fiche de tâches unique qui ne précise pas les tâches qui relèvent des AMP et celles qui relèvent des AS.

	Prescription envisagée	Réf Rapport	Reponse etablissement au contradictoire	Decision
10	Fournir la liste des AS habilitées à l'aide à la prise de médicaments ainsi que tout document montrant leur formation à la distribution des médicaments. Articles L311-3, 1° et L313-26 CASF	3.8- Écart 12 : La mission ne peut déterminer si les AS participant à l'acte d'administration du médicament reçoivent une formation leur permettant d'être habilitées à réaliser cette action (Articles L311-3, 1° et L313-26 du CASF).	aides-soignants et les AMP dans la mesure où : - chaque professionnel agit dans le respect de son cadre réglementaire ; - les fiches heures ne se substituent en aucun cas aux fiches de poste pour la répartition des compétences. L'établissement a transmis des fiches mémo de l'OMEDIT ainsi que les habilitations de 5 AS et un AES.	Dans l'attente de la communication de fiches de tâches heures distinctes, la prescription est maintenue. La mission note qu'une AES a été formée à la distribution de médicaments alors que seules les AS sont habilitées à les distribuer. Dans l'attente de la transmission du support de formation ainsi que d'une réponse de l'établissement sur la formation à la distribution des médicaments par une AES, la prescription est maintenue

	Prescription envisagée	Réf Rapport	Réponse établissement au contradictoire	Décision
11	Fournir la preuve qu'il y a bien eu au moins une évaluation de la douleur au cours de l'année pour chaque résident. Articles L1110-5, L1112-4 et R4311-2 5° du CSP	3.3- Écart 13 : Le tableau des évaluations médicales nominatif n'indique pas les évaluations de la douleur pour chacun des résidents. La mission de contrôle ne peut vérifier que chaque résident a bénéficié d'au moins une d'évaluation de la douleur par an.	L'établissement a indiqué : « L'annexe 80 donne l'ensemble des évaluations de la douleur effectuées sur l'année, entre le mois de mai 2024 et le mois d'avril 2025 et l'annexe 81 les données du mois de mai 2025. Ce tableau permet de souligner une nette augmentation de la fréquence des évaluations de douleur en novembre 2024, permettant d'assurer que chaque résident a bien bénéficié d'a minima une évaluation de la douleur dans l'année. En outre, les données statistiques sont suivies hebdomadairement en staff de direction, lors desquels la proportion des résidents sous antalgiques ayant bénéficié d'au moins une évaluation de moins de 7 jours est contrôlée. En 2025, le taux d'évaluation de douleur de moins de 12 mois chez l'ensemble des résidents est en moyenne de 96,84% (Cf. annexe 82). »	Prescription retirée La mission encourage l'établissement à poursuivre la démarche en place.
12	Mettre en place un rythme de pesée mensuel pour chaque résident. Transmettre les éléments permettant à la mission de vérifier que chaque résident est suivi mensuellement.	1.3- Écart 14 : La liste des évaluations nominatives fournies indique que le suivi mensuel des poids n'est pas systématiquement réalisé pour l'ensemble des	L'établissement a indiqué que les 10 dernières lignes du tableau transmis sont décalées d'un mois par erreur, mais que tous les poids ont bien été relevés jusqu'au mois de novembre. Un tableau correctif a été transmis montrant que les pesées sont	Prescription retirée

Prescription envisagée	Réf Rapport	Réponse établissement au contradictoire	Décision
Article L311-3, 1 et 3° du CASF. Bonnes pratiques HAS-10/11/2021 : Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus.	résidents sans en fournir d'explication.	assurées à un rythme mensuel dans l'établissement.	

Recommandations :

Recommandations envisagées	Réf. Rapport	Réponse de l'établissement au contradictoire	Décision
1 Compléter le règlement de fonctionnement par les soins internes et la fin de vie.	1.2- Remarque 1 : L'aspect soin interne à l'établissement et fin de vie ne sont pas abordés dans le règlement de fonctionnement.	L'établissement a indiqué : « Un chapitre soins et accompagnement personnalisé figure dans le livret d'accueil 2025- 2030. Il détaille la coordination des soins-Le rôle détaille le rôle du MEDCO, IDEC IDE- les intervenants libéraux, le circuit du médicaments et l'individualisation des soins. Une fiche type du groupe Emeis concernant les directives de fin de vie a été transmise. »	Recommandation retirée.
2 Indiquer dans le prochain compte rendu du CVS le président, les membres absents (leur nom et leur collège).	1.3- Remarque 2 : Le président n'apparaît pas dans les comptes-rendus du CVS et il doit ouvrir la séance. Il n'est pas précisé que les autres membres sont absents (indiquer le collège et pas seulement le nom).	L'établissement a indiqué : « Cette bonne pratique a été respectée dès la réunion du CVS du 15 mai 2025, comme le montre son procès-verbal en annexe 28. La feuille d'émargement de la réunion (annexe 29) permet également une meilleure compréhension des membres absents. »	Dans l'attente de la mise en conformité du CVS, la recommandation est maintenue .

	Recommandations stylisées	Réf. Rapport	Réponse de l'établissement au contractuel	Décision
3	Faire un bilan exhaustif des EI/EIG et réclamations survenues dans l'établissement au CVS ainsi que les mesures correctives entreprises à leur suite.	1.3- Remarque 3 : La mission de contrôle note que la présentation des EI et réclamations au CVS n'est pas exhaustive.	Le compte-rendu transmis n'indique pas à quel titre siègent le directeur et la directrice adjointe. L'établissement a indiqué « Comme le procès-verbal de la réunion du CVS du 15 mai 2025 le démontre (annexe 28), la présentation des EI et des réclamations se veut bien la plus précise et exhaustive possible. L'annexe 38, procès-verbal de la réunion du CVS précédente, s'étant tenue le 20 janvier 2025, démontre en outre que cette bonne pratique avait déjà été corrigée entre 2024 et 2025. ». Le compte-rendu envoyé ne contient pas une présentation des mesures correctrices mises en place pour tous les EI/EIG.	Recommandation maintenue
4	Transmettre le temps de travail du directeur et du psychologue.	2.1- Remarque 4 : La mission ne peut déterminer le temps de travail du directeur et du psychologue au sein de l'établissement.	L'établissement a transmis l'avenant au contrat du directeur et le contrat de la psychologue. Les deux travaillent à temps plein. Pour le directeur, en raison de sa présence sur deux sites, l'avenant au contrat ne prévoit pas de temps de présence dans les deux EHPAD.	Recommandation maintenue Le temps minimal de présence du directeur dans l'établissement est à préciser.
5	Transmettre des éléments concernant l'emploi de personnel en intérim.	2.1- Remarque 5 : L'établissement n'a pas fourni d'élément concernant l'emploi de personnel en intérim.	L'établissement indique n'avoir recours à aucun professionnel en intérim.	Recommandation retirée
6	Proposer dans le plan de développement des	2.1- Remarque 6 : L'établissement ne propose pas de formation sur la prise en charge de la douleur, de la fin	L'établissement a transmis des supports de formation interne sur la fin de vie, la prise en charge de la douleur de jour et de nuit et sur	Recommandation retirée



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



Recommandations envisagées	Ref. Rapport	Réponse de l'établissement au contradictoire	Décision
compétences des formations sur la prise en charge de la douleur, de la fin de vie, aux troubles du comportement et aux troubles sensoriels.	de vie, aux troubles du comportement et aux troubles sensoriels.	les troubles du comportement. Ont également été transmis les plans de développement de compétences 2025 et 2026 intégrant des formations sur ce sujet.	
7 Mettre en place des temps d'échanges sur l'analyse des pratiques ou de groupes de parole pour les personnels soignants.	2.1- Remarque 7 : L'établissement n'a pas instauré pour les personnels soignants de temps d'échanges sur l'analyse de pratiques ou de groupes de parole.	La Mission prend acte de la mise en place à partir de 2025 de groupe de parole pour les soignants, animés par la psychologue de l'EHPAD, et du planning 2025 transmis. La Mission attend la transmission de feuilles d'émargement des premiers groupes.	Recommandation maintenue
8 Transmettre la fiche de poste de l'aide-soignante référente (ASR)	2.1- Remarque 8 : Les missions de l'ASR ne sont pas expliquées.	L'établissement a transmis la fiche heurée détaillant les missions de l'aide-soignante référente. La Mission attend la transmission de la fiche de poste.	Recommandation maintenue
9 Compléter la fiche de procédure de remplacement en cas d'absence de personnel.	2.1- Remarque 9 : La fiche de procédure de remplacement en cas d'absence de personnel soignant est à compléter.	La Mission prend acte des précisions apportées par l'établissement concernant les modalités de mutualisation des personnels de la résidence Emeis de l'arrondissement en cas d'absences multiples : appel de la résidence proche, Les Terrasses de Mozart, afin de mutualiser les pools de vacataires, évaluer les masses salariales au global et envisager de détacher un soignant fixe du contre-roulement. Concernant des remplacements par du personnel en intérim, « la résidence n'y a jamais recours. »	Recommandation retirée

	Recommandations envoyées	Réf. Rapport	Réponse de l'établissement au contradictoire	Décision
10	Transmettre le RAMA 2024 comportant le nombre d'avis rendus par le MedCo pour les admissions.	3.1- Remarque 10 : Le RAMA 2023 n'indique pas le nombre d'avis rendus par le MedCo pour les admissions.	L'établissement a transmis le RAMA 2024 qui précise que 100% des demandes d'admissions ont fait l'objet d'un avis par le médecin coordonnateur.	Recommandation retirée
11	Indiquer la nature des évaluations médicales réalisées par le MedCo avant l'admission d'un nouveau résident lorsqu'elles sont pratiquées.	3.1-Remarque 11 : Ni les procédures d'admission, ni le RAMA 2023 ne donne d'indication sur l'évaluation médicale réalisée par le MedCo avant l'admission d'un nouveau résident.	L'établissement a transmis la procédure de préadmission ainsi que la fiche d'admission d'un nouveau résident contenant une check-list suivie par le médecin coordonnateur. Ces documents ne détaillent pas les évaluations qui sont effectuées par le médecin coordonnateur à l'admission d'un nouveau résident.	Recommandation maintenue
12	Transmettre le temps de réponse moyen aux appels malades (de jour et de nuit).	3.1- Remarque 12 : Aucune donnée fournissant le temps de réponse moyen aux appels malade n'a été fournie.	L'établissement a transmis le relevé des appels malade du 26 mai au 2 juin 2025.	Recommandation maintenue dans l'attente de la transmission du relevé des appels malades sur une période significative. (1 mois). La mission attire l'attention de l'établissement sur l'intérêt de suivre le temps de réponse aux appels-malade

	Recommandations envisagées	Réf. Rapport	Réponse de l'établissement au contradictoire	Décision
13	Compléter la procédure pour la pause des contentions en précisant les cas d'urgence.	3.2- Remarque 13 : Les cas pratiques d'urgence pour la pause de contention ne sont pas mentionnés dans la procédure.	L'établissement a indiqué : « La procédure annexée (Cf. Annexe 68) prévoit les cas de pose de contention en situation d'urgence, en page 3. »	et d'en faire une analyse en interne. Recommandation retirée