



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 : [REDACTED]
Courriel : dsol-autonomie-inspection@paris.fr

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

Lettre recommandée avec AR
N° 2C 192 925 89438

Monsieur Eric EYGASIER
Directeur général
Groupe DomusVi
46-48 Rue Carnot
92150 Suresnes

Saint-Denis, le 30 SEP. 2025

Monsieur le 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 « Tiers Temps Paris », le 18 octobre 2024 par l'Agence régionale de santé d'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 24 juin 2025 le rapport que nous a remis la mission d'inspection, ainsi que 7 prescriptions et 8 recommandations que nous envisagions de vous notifier.

Vous nous avez transmis le 25/07/2025 des éléments de réponse. Nous notons que des corrections et des précisions ont été apportées concernant les mesures suivantes :

- Prescription 1 : Transmettre la preuve de l'affichage du règlement de fonctionnement (photo).
- Prescription 2 : Compléter le règlement de fonctionnement.
- Prescription 3 : Transmettre les annexes du plan bleu.
- Prescription 4 : Transmettre le justificatif démontrant que le médecin est titulaire d'un diplôme en lien avec l'exercice du métier de médecin coordonnateur.
- Recommandation 1 : Etablir et transmettre un organigramme qui présente les liens hiérarchiques entre les différentes entités de l'établissement. Assurer la cohérence entre l'organigramme et le RUP.
- Recommandation 4 : Conduire une politique de stabilisation des équipes en mettant en place un programme de recrutement et de fidélisation du personnel.
- Recommandation 5 : Formaliser et mettre en place un temps dédié aux transmissions du matin entre l'équipe de nuit et l'équipe de jour. Transmettre les nouveaux plannings.
- Recommandation 6 : Compléter les plannings de l'établissement en indiquant les personnels remplacés et les remplaçants et en indiquant les étages où sont affectés les personnes de l'équipe de soin
- Recommandation 8 : Modifier le livret d'accueil et le contrat de séjour en y indiquant le libre choix du médecin traitant.

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

Aussi, vous nous notifions à titre définitif 3 prescriptions et 5 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 adresser vos éléments de réponse par courriel à la Ville de Paris (dsol-autonomie-inspection@paris.fr) et par Bluefiles (<https://bluefiles.com/ars/ars-dd75-inspection-controle-sur-pieces>) pour la Délégation départementale de Paris de l'ARS Île-de-France.

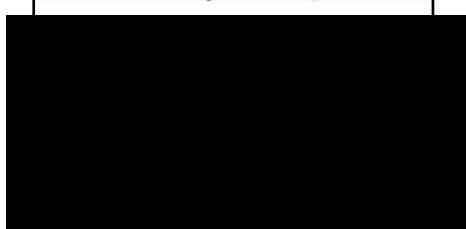
Nous vous rappelons que l'absence de mise en œuvre, dans le délai imparti, des mesures correctrices enjoindes peut être sanctionnée par application des dispositions des articles L. 313-14 et L.313-16 du code de l'action sociale et des familles par l'application de sanctions financières, la mise sous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



François BOUDIN

Pour la Maire de Paris et par



Jeanne SEBAN

Copie à :

Monsieur Martin HORLAIT, Directeur
EHPAD Tiers Temps Paris
24-26 rue Rémy Dumoncel
75014 PARIS

ANNEXE : Décisions prises dans le cadre du contrôle sur pièces à partir du 18 octobre 2024 au sein de l'EHPAD « Tiers Temps Paris »

	Prescriptions envisagées	Texte de référence	Réf. rapport	Réponse de l'établissement au contradictoire	Décision
1	Transmettre la preuve de l'affichage du règlement de fonctionnement (photo).	Article R311-34 du CASF	1.2- Gouvernance-Management et Stratégie Écart 1 : Les éléments transmis ne permettent pas de s'assurer de l'affichage du règlement de fonctionnement.	La photo de l'affichage du règlement de fonctionnement a bien été transmise.	Prescription retirée
2	Compléter le règlement de fonctionnement en précisant les modalités de transferts et déplacements, les conditions d'organisation de la délivrance des prestations offertes par l'établissement à l'extérieur et le transmettre.	Article R 311-36 du CASF	1.2- Gouvernance-Management et Stratégie Écart 2 : Le règlement de fonctionnement ne reprend pas les modalités de transfert et déplacement, ni les conditions d'organisation de la délivrance des prestations offertes par l'établissement à l'extérieur.	L'établissement a fourni un règlement de fonctionnement (version décembre 2024) complété sur les rubriques demandées.	Prescription retirée
3	Transmettre les annexes du plan bleu et en particulier les procédures : • en cas de rupture de flux (électricité, eau potable...) en prenant en compte le DARDE, • de préparation et de gestion d'une évacuation de l'établissement, • de rappel du personnel, • de gestion des décès massifs, • pour la mise en place du retour d'expérience (RETEX) et de mise à jour du plan.	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	1.2- Gouvernance-Management et Stratégie Écart 3 : Les annexes comprenant les procédures opérationnelles du plan bleu n'ont pas été transmises. Ainsi, la mission de contrôle ne peut vérifier que le plan bleu transmis remplit les 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	L'établissement a envoyé les annexes demandées. Celles-ci permettent de vérifier que le plan bleu de l'établissement est en accord avec la circulaire du 28 novembre 2022.	Prescription retirée

		pour personnes âgées dépendantes.	personnes âgées dépendantes (EHPAD).		
4	Transmettre le justificatif démontrant que le médecin est titulaire d'un diplôme ou d'une attestation de formation continue en lien avec l'exercice du métier de médecin coordonnateur.	D312-157 du CASF	1.2- Gouvernance-Management et Stratégie Ecart 4 : L'établissement n'a pas fourni de justificatif démontrant que le médecin est titulaire d'un diplôme ou d'une attestation de formation continue en lien avec l'exercice du métier de médecin-coordonnateur.	L'établissement a fourni le diplôme de « médecin coordinateur » en formation à distance.	Prescription retirée
5	Mettre en place pour le plan de développement des compétences 2025 et suivant des formations relatives à la prise en charge de la douleur, l'accompagnement de la fin de vie et la dénutrition.	Article L311-3, 1°, 3° du CASF	2.1-Fonctions support-Gestion des RH Ecart 5 : Les plans de développement des compétences 2023, 2024 et 2025 ne prévoient pas d'action de formation relative à la prise en charge de la douleur, l'accompagnement de la fin de vie et la dénutrition.	L'établissement a réalisé des sensibilisations internes sur la prise en charge de la douleur, l'accompagnement de la fin de vie et la dénutrition et a fourni les attestations de présence correspondantes. La mission prend note de l'existence de ces sensibilisations qui renforcent mais ne remplacent pas une formation ah doc.	Prescription maintenue
6	Revoir la politique de remplacement des personnels de l'équipe soignante afin de garantir la continuité de la prise en charge et la sécurité des résidents en : - Proscrivant le remplacement systématique du personnel absent par les agents en repos ; - Anticipant les absences pendant les périodes de congés ; - Recrutant des agents contractuels de courte durée. Fournir les plannings des trois prochains mois (avril, mai et juin), les plannings prévisionnels de juillet et	Article L311-3, 1° du CASF	2.1-Fonctions support-Gestion des RH Ecart 6 : Le non-respect des temps de repos du personnel nuit à la qualité de la prise en charge et à la sécurité du résident.	Les éléments transmis mettent en évidence les actions engagés par l'établissement : des recrutements de CDD ont été réalisés pour remplacer le personnel de l'équipe soignante (ASD et AMP) sur les périodes de congés. L'établissement n'a pas transmis de procédure relative à la politique de remplacement des personnels de l'équipe soignante.	Prescription partiellement retirée

	août, la liste des agents recrutés en CDD pour ces remplacements.				
7	<p>En lien avec le RAMA 2023, apporter des éléments de contexte afin d'expliquer :</p> <ul style="list-style-type: none"> -L'absence d'avis systématique du médecin coordinateur de l'établissement sur les nouvelles admissions. -L'augmentation du nombre de contentions entre 2022 et 2023. -L'augmentation du nombre de résidents en risque de dénutrition dans l'établissement sans analyse dans le RAMA. <p>Transmettre le RAMA 2024.</p>	Article D312-155-3 2° du CASF	<p>3.1-Prise en charge-Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie</p> <p>Ecart 7 : Le RAMA 2023 indique que seules 57% des nouvelles admissions ont reçu un avis du médecin coordinateur.</p> <p>Remarque 12 : Le RAMA indique que le nombre de contention a fortement augmenté entre 2022 (25 contentions) et 2023 (147 contentions) soit une multiplication pratiquement par six, sans présenter d'analyse de cette augmentation.</p> <p>Remarque 13 : Le RAMA montre une forte augmentation des résidents à risque de dénutrition de 2022 à 2023, 13 résidents en 2022 à 34 résidents en 2023, sans en donner d'analyse.</p>	<p>L'établissement indique que :</p> <p>Le médecin coordinateur de la résidence a été en arrêt maladie longue durée de juillet 2023 à mars 2024 ce qui explique l'absence d'avis sur les admissions sur cette période.</p> <p>L'augmentation du nombre de contentions serait en fait dû à une augmentation de la fréquence des réévaluations.</p> <p>Et l'augmentation du nombre de résidents en risque de dénutrition serait expliquée par « la très nette diminution du nombre d'entrées à partir de 2022, du fait de travaux. De ce fait, la part des résidents présents depuis plusieurs années à la résidence a fortement augmenté avec, en conséquence, une augmentation de la part des résidents très dépendants et en risque de dénutrition. »</p>	<p>Prescription :</p> <ul style="list-style-type: none"> - retirée : sur les avis du Medco lors des admissions ; - transformée : en nouvelle recommandation (9 ci-dessous) pour le bilan des contentions dans le RAMA ; <p>maintenue : sur les causes d'augmentation du nombre de dénutris.</p>

	Recommandations envisagées	Réf. rapport	Réponse de l'établissement au contradictoire	Décision
1	Etablir et transmettre un organigramme qui présente les liens hiérarchiques entre les différentes entités de l'établissement. Assurer la cohérence entre l'organigramme et le RUP.	1.2- Gouvernance-Management et Stratégie Remarque 1 : Les liens hiérarchiques et fonctionnels n'apparaissent pas dans l'organigramme. Remarque 5 : La mission note des incohérences entre les données du RUP et l'organigramme.	L'organigramme a été mis à jour conformément aux recommandations et la cohérence entre le RUP et l'organigramme a été assurée. Toutefois, la quotité de temps n'apparait toujours pas dans l'organigramme et dans le RUP.	Recommandation retirée et nouvelle recommandation 10
2	Mettre à jour le PACQ en prenant en compte les RETEX des EI et EIG et les axes d'amélioration identifiés par l'évaluation externe de 2024.	1.4-Gouvernance-Gestion de la qualité Remarque 2 : Le PACQ n'est pas régulièrement mis à jour en prenant en compte les RETEX des EI et EIG et les axes d'amélioration identifiés par l'évaluation externe de 2024.	L'établissement n'a pas apporté la preuve de la mise à jour du PACQ pour ce qui concerne les RETEX des EI et EIG.	Recommandation maintenue
3	Mettre en place deux circuits distincts pour le signalement des plaintes/réclamations d'une part et des EI/EIG d'autre part et compléter la procédure de gestion des EIG pour faire référence à la procédure relative aux traitements des situations de maltraitances. Mettre en place deux fiches papier de signalement distinctes pour chacun de ces circuits.	1.5-Gouvernance-Gestion des risques, des crises et des événements indésirables Remarque 3 : La distinction entre les EI et les plaintes n'est pas faite dans l'établissement. En effet les fiches « Je signale » sont utilisées à la fois pour les plaintes et réclamations des résidents et leur proches que pour déclarer des EI par les salariés. Remarque 4 : La procédure de gestion des EIG ne mentionne pas la procédure spécifique relative aux traitements des situations de maltraitances de juin 2024.	La direction indique qu'il n'y a qu'une fiche « Je signale » dans un souci de simplification pour les familles, les résidents et les salariés. La distinction est ensuite assurée par la direction entre plaintes et événements indésirables (EI). Une procédure distincte relative aux traitements des situations de maltraitances a été rédigée et transmise. En cas de maltraitance avérée, le signalement au procureur de la République est bien mentionné dans la procédure. La réponse de l'établissement ne va pas dans le sens d'un accompagnement des salariés à la distinction entre événement indésirable grave, événement indésirable et réclamation.	Recommandation maintenue

4	Conduire une politique de stabilisation des équipes en mettant en place un programme de recrutement et de fidélisation du personnel.	2.1-Fonctions support-Gestion des RH Remarque 6 : Le taux de rotation de l'établissement pour l'année 2024 est élevé.	Suite à un problème technique, une erreur s'est glissée dans le taux de rotation des personnels présenté au rapport. Le chiffre de l'ANAP 2024 (13,1%) se rapproche de la médiane départementale (13,28%).	Recommandation retirée
5	Formaliser et mettre en place un temps dédié aux transmissions du matin entre l'équipe de nuit et l'équipe de jour. Transmettre les nouveaux plannings.	2.1-Fonctions support-Gestion des RH Remarque 8 : Le temps dédié aux transmissions du matin, entre l'équipe de nuit et l'équipe de jour, n'est pas formalisé dans les plannings.	Les plannings corrigés ont bien été transmis. Un temps de chevauchement entre l'équipe de jour et l'équipe de nuit est visible sur les plannings (7h15-7h30).	Recommandation retirée
6	Compléter les plannings de l'établissement en : <ul style="list-style-type: none">• Indiquant les personnels remplacés et les remplaçants• Indiquant les étages où sont affectés les personnes de l'équipe de soin	2.1-Fonctions support-Gestion des RH Remarque 7 : Le planning restauration de septembre ne fait pas apparaître le remplacement du chef cuisiner absent pour congés. Remarque 9 : Le planning transmis ne permet pas d'identifier la répartition dans les étages des agents de l'équipe de soin.	Les personnels remplacés et les remplaçants, ainsi que les étages d'affectation sont bien indiqués sur les plannings.	Recommandation retirée
7	Assurer la formalisation des projets personnalisés pour tous les résidents dans les délais indiqués dans la procédure de l'établissement.	3.1-Prise en charge-Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie Remarque 10 : Un résident, admis il y a plus de six mois, ne dispose pas d'un projet personnalisé formalisé.	L'établissement n'a pas apporté la preuve que le projet personnalisé pour le résident a bien été réalisé.	Recommandation maintenue
8	Modifier le livret d'accueil et le contrat de séjour en y indiquant le libre choix du médecin traitant. Annexer la charte des libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance au livret d'accueil. Transmettre ces deux documents modifiés.	3.2-Prise en charge-Respect des droits et des personnes Remarque 11 : Le libre choix du médecin traitant et la charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance ne sont abordés ni dans le contrat de séjour, ni dans le livret d'accueil.	L'établissement indique que : « <i>Le libre-choix du médecin traitant figure en page 14 du règlement de fonctionnement qui est signé en même temps que le contrat de séjour.</i> » <i>La Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance est remise au résident en même temps que le livret d'accueil. »</i>	Recommandation retirée

			La mission note la mention du libre choix du médecin traitant dans le nouveau règlement de fonctionnement.	
9	Distinguer dans l'analyse des contentions, la pose de nouvelles contentions et les réévaluations des contentions déjà pausées. Transmettre le RAMA avec cette distinction. (Cf. ex-prescription 7 ci-dessus)	3.1-Prise en charge-Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie Remarque 12 : Le RAMA indique que le nombre de contention a fortement augmenté entre 2022 (25 contentions) et 2023 (147 contentions) soit une multiplication pratiquement par six, sans présenter d'analyse de cette augmentation.		Nouvelle recommandation
10	Faire apparaître la quotité de temps de travail sur le RUP et l'organigramme (Cf. ex-recommandation 1 ci-dessus)	1.2- Gouvernance-Management et Stratégie Remarque 5 : La mission note des incohérences entre les données du RUP et l'organigramme.		Nouvelle recommandation