

**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 : [redacted]@paris.fr

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

**Madame Georges DUGLEUX  
Directeur Générale  
Fondation Diaconnesses de Reuilly  
14 rue de la Porte de Buc  
78000 Versailles**

Lettre recommandée avec AR  
N°

Saint-Denis, le

Monsieur le Directeur Général,

Comme annoncé dans notre courriel du 18 octobre 2024, un contrôle sur pièces de l'EHPAD « Protestante de la Muette » a été réalisé au titre du programme pluriannuel de contrôle des EHPAD. Ce programme 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 de contrôle, ainsi que les 1 injonction, 16 prescriptions et 5 recommandations que nous envisagions de vous notifier (Cf. **annexe**).

Vous nous avez transmis des éléments de réponse détaillés le 31 octobre 2025 et nous vous remercions.

Cependant, au regard de l'ensemble des éléments de réponse apportés, des actions correctrices restent nécessaires. Ainsi, nous vous notifions à titre définitif 1 injonction, 12 prescriptions dont 7 partiellement maintenues et 4 recommandations que vous trouverez en annexe au présent courrier.

Nous vous encourageons à poursuivre ces démarches et à engager les mises en conformité demeurant nécessaires dans les délais impartis.

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 (<https://bluefiles.com/ars/ars-dd75-inspection->

[contrôle-sur-pieces](#)) pour l'ARS et communiquer les pièces par mail à la Ville de Paris ([dsol-autonomie-inspection@paris.fr](mailto:dsol-autonomie-inspection@paris.fr))

Nous vous rappelons que le constat de l'absence de mise en œuvre de chacune des mesures correctives dans les délais fixés et de persistance des risques ou manquements mis en cause, peut donner lieu, en application des dispositions des articles L. 313-14 et 16 ainsi que R313-25-1 à 3 du code de l'action sociale et des familles (CASF) à une astreinte journalière, à l'interdiction de gérer toute nouvelle autorisation prévue par le CASF, à l'application d'une sanction financière, à la mise sous administration provisoire ou à la suspension ou la cessation, 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 par 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

Pour la Maire de Paris et par délégation,

Le Directeur de la Délégation départementale de Paris

La Directrice des Solidarités

9/0

Agence Régionale de Santé Île-de-France  
Délégation Départementale de Paris

  
Esther LEPAICHEUX

Tanguy BODIN



**Copie à :**

Madame Nadège SERPEBOIS  
Directrice  
EHPAD Protestante de la Muette  
43 rue du Sergent Bauchat  
75012 Paris

**Annexe :** Décisions faisant suite au contrôle sur pièces réalisé le 18 octobre 2024 au sein de l'EH PAD « Protestante de La Muette », situé au 43 rue du Sergent Bauchat, 75012 Paris, FINESS n°750800526

	Injonction envisagée	Ref. Rapport	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision	Délai
I1	<p>Mettre fin aux glissements de tâches dans l'établissement et sécuriser la distribution des médicaments en :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Rédigeant des fiches mission et de tâches propres à chaque métier et particulièrement pour les AS, AMP et AES ;</li> <li>Assurant que les médicaments ne sont distribués que par les IDE ou par des AS dans le cadre de</li> </ul>	<p><b>Ecart 25 :</b> La fiche de tâches heurées est commune pour les aides-soignants, les accompagnants éducatifs et sociaux et les AMP, ce qui contrevient à l'Article L311-3, 1° du CASF.</p> <p><b>Ecart 26 :</b> Les AES et AMP sont amenés à distribuer des médicaments alors que cela ne relève pas de leurs compétences et constitue un glissement de tâche (Référence Article R4311-5 du CSP).</p> <p><b>Ecart 33 :</b> La procédure de circuit</p>	<p>Articles L.4391-1 et R4311-1 et R4311-2 2° du CSP.</p> <p>Articles L311-3-1°, L.451-1, D.312-155-0 D451-88 &amp; 89, du CASF.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ecart 25: Les fiches de tâches AS et AES ont été révisées</li> <li>Ecart 26: Selon article R4311-4 du CSP :version en vigueur depuis le 26 juillet 2021 Modifié par Décret n°2021-980 du 23 juillet 2021 - art. 1</li> </ul> <p>Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'accompagnants éducatifs et sociaux qu'il encadre et dans les limites respectives de la qualification reconnue à chacun du fait de sa formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article R. 4311-3.</p> <p>Les soignants concernés ont été habilités</p>	<p>Les AES, incluant les AMP disposent désormais d'une fiche de tâches heurées distincte de celle des AS de jour. Toutefois, les fiches de poste heurées de leurs homologues de nuit n'ont pas été communiquées.</p> <p>Certaines tâches restent communes aux 2 métiers telles que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>« Récupérer dans la boîte de traitement les médicaments à donner à jeun par délégation aux résidents concernés »</li> </ul> <p>D'autres méritent d'être précisées</p> <p>L'AES « aide à la prise de médicaments pour certains résidents bien ciblés ». Il convient d'explicitier quels sont les résidents bien ciblés.</p> <p>Dans le protocole « Aide à la prise médicamenteuse par AS/AES » du 23/10/2024, les</p>	3 mois



	Injonction envisagée	Ref. Rapport	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision	Délai
	leur collaboration ; • Révisant la procédure d'administration des médicaments pour indiquer la nécessité de tracer l'administration des médicaments directement après la prise par le résident et la diffuser auprès de l'équipe soignante.  Transmettre les fiches de tâches et les procédures mises à jour.  Délai. 1 semaine	du médicament transmise ne précise pas la nécessité de tracer l'administration des médicaments directement après la prise par le résident ce qui ne permet pas de garantir la qualité de la prise en charge des soins des résidents et contrevient à l'article R4311-2 2° du CSP.  <b>Ecart 27</b> : L'absence de différenciation des tâches des aides-soignants, AMP et des accompagnants éducatifs et sociaux fait courir le risque de glissement de tâches, ce qui contrevient aux articles L.4391-1 et R4311-1 du CSP, L311-3-1°, D451-88 et -89, L.451-1, D.312-155-0 du CASF.		- Ecart 33: La procédure circuit du médicament a été révisée le 17/07/25 et les soignants sensibilisés à la nouvelle procédure  Eléments de preuve : INJ1 Ecart33 Procédure Circuit du Médicament 2025 (P13 \$ XI.2) INJ1 Ecart33 Feuilles émargement Sensibilisation Circuit du médicament du 28 et 30/07/2025 INJ1 Ecart26 Procédure Aide à la prise médicamenteuse qui précise la collaboration des IDE avec les AS et AES habilités INJ1 Ecart26 Feuille émargement Aide à la prise en charge médicamenteuse 04 et 08/11/2024 INJ1 Ecart33 Protocole Interruption de tâches INJ1 Ecart33 Emargement Interruption de tâches du 17 et 18/09/2025 INJ1 Ecart25 Fiches de tâches AS et Fiches de tâches AES	termes « administration », « distribution » et « aide à la prise des médicaments » sont indifféremment utilisés pour les AS et les AES. Les AES sont placées au même niveau que les AS concernant la collaboration avec l'IDE. Il est précisé que les AS/ AES sont habilités à administrer, alors que l'administration du médicament relève du rôle propre de l'IDE comme indiquer dans la procédure interne : circuit du médicament page 12/18 : La distribution des médicaments par les AS se fait dans le cadre d'une collaboration avec l'IDE, sous son contrôle et non par délégation. L'AES est autorisée à l'aide à la prise des médicaments sous réserve que la prescription médicale précise qu'il s'agit d'un acte de la vie courante.	



	Injonction envisagée	Ref. Rapport	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision	Délai
					<p>Ces imprécisions peuvent générer un risque de glissement de tâches.</p> <p>Le protocole « Aide à la prise médicamenteuse par AS/AES » prévoit un acte d'enregistrement commun aux AS et AES dans le plan de soin dans le logiciel dédié à savoir « aide à la prise des médicaments »</p> <p>Les fiches heurées des AS de jour et AES font mention de la validation des médicaments donnés : « Aide à la prise médicamenteuse » dans le logiciel entre 18h45 et 19h35, selon la prise de service.</p> <p>L'horaire indiqué n'est pas cohérent avec la « procédure interne ; circuit du médicament » qui précise que l'enregistrement de l'aide à la prise doit être réalisé « en temps réel ».</p> <p>La fréquence de réalisation des sensibilisations du personnel soignant n'est pas mentionnée</p>	

	Injonction envisagée	Ref. Rapport	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision	Délai
					<p>dans la procédure interne : circuit du médicament ».</p> <p><b>Injonction maintenue :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en cohérence les fiches de tâches des IDE, AS et AES de jour et de nuit avec la « procédure interne : circuit du médicament » concernant l'enregistrement en temps réel en temps de l'aide à la prise du médicament,</li> <li>- Utiliser les termes « administration », « distribution », « aide à la prise de traitement » et « collaboration » selon les compétences de chaque métier dans le protocole « Aide à la prise médicamenteuse par AS/AES »</li> <li>- Préciser la fréquence des sensibilisations des équipes à la thématique du médicament dans la « procédure interne : circuit du médicament »,</li> </ul>	





RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE

Liberté  
Égalité  
Fraternité



	Injonction envisagée	Ref. Rapport	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision	Délai
					<p>Il est attendu la transmission :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Des fiches de tâches horaires des IDE de jour et nuit et des AS et AES de nuit,</li><li>- De la « Procédure interne : circuit du médicament » révisée</li><li>- Le « Protocole Aide à la prise médicamenteuse par AS/AES » révisé,</li><li>- Les feuilles d'émargement relative à la sensibilisation « Aide à la prise en charge médicamenteuse » réalisée en 2025,</li></ul>	

	Prescription envisagée	Ref. Rapport	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision	Délai
P1	<p>Mettre en conformité le règlement de fonctionnement de l'établissement en :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Indiquant les modalités d'information et d'approbation du règlement intérieur par le CVS et les représentants du personnel ;</li> <li>Incluant dans le règlement de fonctionnement les modalités de reconduite des prestations dispensées en cas d'interruption.</li> </ul> <p>Transmettre le règlement de fonctionnement complété et tout document apportant la preuve de la consultation des organes concernés.</p>	<p><b>Ecart 1 :</b> Les documents transmis à la mission de contrôle ne mentionnent pas la consultation du Conseil de la vie sociale (CVS) et des instances représentatives du personnel de l'établissement dans la procédure d'adoption du règlement de fonctionnement, ce qui contrevient à l'article L311-7 du CASF.</p> <p><b>Ecart 2 :</b> Le règlement de fonctionnement n'évoque pas les modalités de rétablissement des prestations</p>	<p>Articles L311-7 et R.311-37 du CASF.</p>	<p>« - Ecart 1 : le Règlement de fonctionnement est mis à jour p23</p> <p>- Ecart 2, les modalités de rétablissement des prestations sont précisées dans le contrat de séjour en cas d'absence pour raisons personnelles ou pour hospitalisation.</p> <p>Concernant l'arrêt des prestations du fait de l'établissement pour raison exceptionnelle elles sont ajoutées dans Règlement de fonctionnement P20 parag.4.8</p> <p>Le Règlement de Fonctionnement mis à jour a été soumis pour approbation au CVS et aux instances représentatives du personnel le 28 octobre 2025 (cf CR) »</p>	<p>L'établissement a transmis le compte-rendu du dernier CVS où a été présenté le règlement intérieur du CVS, un document d'information aux représentants du personnel ainsi que le contrat de séjour comportant le règlement de fonctionnement.</p> <p>L'établissement a indiqué une modification du règlement de fonctionnement avec l'ajout d'une sous-partie 4.8 page 20 mais le document transmis à la mission ne comporte pas cette modification.</p> <p>La prescription est donc <b>partiellement maintenue</b> sur la modification du contenu du règlement de fonctionnement.</p>	1 mois



		dispensées lorsqu'elles ont été interrompues, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R.311-37 du CASF.				
<b>P2</b>	Mettre en conformité le projet d'établissement en le faisant signer par l'organisme gestionnaire.	<b>Ecart 3 :</b> L'établissement n'a pas transmis un projet d'établissement signé de l'organisme gestionnaire.	Article L311-8 du CASF	« Document signé joint »	L'établissement a transmis le projet d'établissement 2024-2029 validé et signé par le Conseil d'administration le 18/10/2024.  La prescription est <b>retirée</b> .	
<b>P3</b>	Compléter le plan bleu en y incluant les actions dans le plan de reprise d'activité et le diffuser auprès des personnels de l'établissement.	<b>Ecart 4 :</b> Le plan bleu est incomplet, il manque des informations sur le processus de reprise d'activité conformément à l'arrêté du 7 juillet 2005, modifié par l'arrêté du 8 août 2005, fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en	Arrêté du 7 juillet 2005 modifié.	« - Le plan de gestion de crise a été communiqué au moment de l'inspection. Le PCRA est en cours et sera communiqué sous le délai de mise en œuvre.  - 4 réunions de travail avec les équipes de jours et les équipes de nuit sont planifiées les 12 et 19 novembre 2025 - envoi complémentaire le 27/11 PCA MAJ 25/11/2025 »	L'établissement a transmis le plan bleu et le PCA mis à jour.  L'établissement a indiqué avoir organisé 4 réunions de travail en novembre mais n'a pas transmis le support et les émargements de ces réunions.  La prescription est <b>partiellement maintenue</b> sur la diffusion du plan bleu aux personnels dans l'attente de la transmission des éléments sur les réunions de travail organisées.	2 mois

		cas de crise sanitaire ou climatique. <b>Remarque 1 :</b> L'absence d'information relative à la communication du plan bleu en interne ne permet pas de s'assurer à la mission de contrôle que les salariés de l'EHPAD sont formés régulièrement à la gestion des crises et aux situations sanitaires exceptionnelles.				
<b>P4</b>	Assurer la présentation du document unique de délégation au CVS.  Transmettre le relevé du CVS.	<b>Ecart 5 :</b> La mission ne peut déterminer si le document unique de délégation a été présenté au CVS ce qui contrevient à l'article D312-176-5 du CASF.	Article D312-176-5 du CASF	« Fait le 21 octobre au CVS »	L'établissement a transmis le compte-rendu du dernier CVS où a été présenté le document unique de délégation.  <b>Prescription retirée.</b>	
<b>P 5</b>	Mettre en conformité l'exercice du médecin coordonnateur au sein de l'établissement en :	<b>Ecart 6 :</b> Le temps de présence du médecin coordonnateur n'est pas conforme aux	Article D312-156 & 157 et D312-159-1 du CASF	« Ecart 6 : En plus du Médecin Coordonnateur de la Résidence dont le temps de présence équivaut à [REDACTED] ETP, est également présent sur la Résidence le Médecin Coordonnateur Régional présent à [REDACTED] ETP comme indiqué sur	L'établissement a transmis le diplôme du médecin coordonnateur demandé ainsi que le diplôme du médecin coordonnateur régional.	1 mois



	<ul style="list-style-type: none"> <li>Augmentant son temps d'exercice à 0.60 ETP ;</li> </ul> Transmettant ses diplômes.	dispositions de l'article D312-156 du CASF. <b>Ecart 7 :</b> L'établissement n'a pas présenté les diplômes du médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D312-157 CASF et D312-159-1 CASF.		l'organigramme déjà transmis en octobre 2024  Ecart 7 : transmission du diplôme et attestation du [REDACTED] déjà fournis en octobre 2024 »	La mission souligne que même avec l'ajout du temps de présence du médecin coordonnateur régional, l'établissement ne satisfait pas aux 0,6 ETP requis par l'article D312-156 du CASF. La prescription est donc <b>partiellement maintenue</b> sur l'augmentation du temps d'exercice du médecin coordonnateur et il est demandé à l'établissement de transmettre le contrat entre l'EHPAD et le médecin coordonnateur régional ainsi que sa fiche de poste.	
<b>P 6</b>	Développer l'organisation et les pratiques du CVS en accord avec les textes en vigueur en : <ul style="list-style-type: none"> <li>Respectant la répartition des sièges entre les titulaires et les suppléants ;</li> <li>Garantissant que la composition des membres du CVS soit d'au moins deux</li> </ul>	<b>Ecart 8 :</b> Il n'est pas précisé dans les comptes rendus du CVS la répartition des sièges entre les titulaires et les suppléants, ce qui contrevient à l'article D311-4 du CASF. <b>Ecart 9 :</b> Les membres élus n'ont pas procédé à	Articles D311-4, D311-9, D311-16, D311-19, D311-20 et R331-10 du CASF	Réponse à l'écart 8 : A partir du CVS du 21/10/2025, ajout de la répartition des sièges dans les CR de CVS. Elément de preuve : cf P4 Ecart5 CR CVS 21/10/2025  Réponse écart 9 : Election faite en début de mandat mais personne n'a souhaité être président. Le prochain mandat commencera début 2026, il sera alors procédé à l'élection du président du CVS. Planification de nouvelles élections en cours.	Le compte-rendu de CVS du 21/10/2025 annonce que l'établissement va procéder à de nouvelles élections le 18 décembre 2025.  <b>Prescription maintenue :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Respecter la répartition des sièges entre les titulaires et les suppléants ;</li> <li>Garantir que la composition des membres du CVS soit d'au moins deux</li> </ul>	<b>3 mois</b>

<p>représentants des personnes accompagnées, deux représentants du personnel et un représentant de l'organisme gestionnaire ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédant à l'élection du président du CVS ;</li> <li>• Assurant la réunion du CVS au moins 3 fois par an ;</li> <li>• Soumettant le règlement intérieur du CVS à l'approbation des membres de l'instance,</li> <li>• Assurant que les membres du CVS soient consultés et puissent exprimer leur avis sur les sujets abordés en séance ;</li> <li>• S'assurant de la nomination d'un secrétaire de séance</li> </ul>	<p>l'élection du président du CVS lors de la première séance suivant les élections ce qui contrevient à l'article D 311.9 du CASF.</p> <p><b>Ecart 10 :</b> En l'absence de participation d'un représentant du personnel, des représentants des résidents, non remplacés suite à leurs décès, la composition du CVS n'est pas conforme, ce qui contrevient à l'article D 311.5 du CASF.</p> <p><b>Ecart 11 :</b> Le règlement intérieur du CVS n'a pas été soumis à l'avis des membres du CVS, ce qui contrevient à</p>	<p>Réponse écart 10 :  - Des élections partielles ont eu lieu deux fois au cours du mandat 22/02/2024 ET 02/06/2025.</p> <p>Eléments de preuve :  - P6 Ecart10 Rapport annuel 2024 CVS  - P6 Ecart10 CR CVS 21/10/25  - P6 Ecart10 Affichages CVS.</p> <p>Réponse écart 11 :  Le Règlement intérieur du CVS a été approuvé et signé par les membres le 21/10/2025.  Elément de preuve :  P6 Ecart11 RI CVS signé par tous le 21/10  cf P4 Ecart5 CR CVS 21/10/2025</p> <p>Réponse écart 12  ODJ déterminé par les familles et résidents.  PA des CVS à sortir et suivi au fur et à mesure.  Vigilance à apporter. L'avis des membres était sollicité mais non tracé. Cet avis est maintenant tracé à partir de la réunion du 21/10/2025 cf CR 21/10  Elément de preuves  P6 Ecart12 Bilan CVS 2024 (à faire signer par les résidents et représentants</p>	<p>représentants des personnes accompagnées, deux représentants du personnel et un représentant de l'organisme gestionnaire ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procéder à l'élection du président du CVS ;</li> <li>• Assurer la réunion du CVS au moins 3 fois par an ;</li> <li>• Soumettre le règlement intérieur du CVS à l'approbation des membres de l'instance,</li> <li>• Assurer que les membres du CVS soient consultés et puissent exprimer leur avis sur les sujets abordés en séance ;</li> <li>• S'assurer de la nomination d'un secrétaire de séance chargé de rédiger les comptes rendus ;</li> <li>• Communiquer au CVS les EI et EIG, leurs traitements et les actions correctrices mises en place afin qu'ils</li> </ul>
---	---	---	---



	<p>chargé de rédiger les comptes rendus ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Communiquant au CVS les EI et EIG, leurs traitements et les actions correctrices mises en place afin qu'ils soient inscrits dans les ordres de jour ;</li> <li>• Communiquant au CVS sur les mesures correctrices prises par l'établissement pour les plaintes et réclamations.</li> </ul> <p>Délai : 3 mois</p>	<p>l'article D 311-19 du CASF.</p> <p><b>Ecart 12 :</b> Les sujets abordés en CVS sont traités sur un mode informatif et non consultatif, l'avis des membres du CVS n'est pas sollicité ce qui contrevient à l'article D 311-15 du CASF</p> <p><b>Ecart 13 :</b> Il n'est pas spécifié de secrétaire de séances dans les comptes-rendus du CVS, lesquels ne sont pas signés par la vice-présidente en l'absence de président du CVS, ce qui contrevient à l'article D311-20 du CASF</p> <p><b>Ecart 14 :</b> Les comptes rendus du CVS ne mentionnent</p>	<p>des familles et celui qui l'a rédigé) Bilan CVS 2025 sera élaboré et transmis cf P4 Ecart5 CR CVS 21/10/2025</p> <p>Réponse écart 13 : La secrétaire de séance a été nommé lors du CVS du 21/10/2025 et le CR sera signé par la vice-présidente Elément de preuve : cf P4 Ecart5 CR CVS 21/10/2025.</p> <p>Réponse écart 14 : Les EI et EIG sont abordés en CVS Eléments de preuve : cf P4 Ecart5 CR CVS 21/10/2025 + voir rapport CVS 2024</p>	<p>soient inscrits dans les ordres de jour ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Communiquer au CVS sur les mesures correctrices prises par l'établissement pour les plaintes et réclamations.</li> </ul> <p>Il est attendu la transmission de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Du PV des élections du nouveau bureau de CVS, le détail des votes par collèges,</li> <li>- Le compte-rendu 1<sup>er</sup> CVS tenu signé par le président ou présidente du CVS après les élections faisant état de : <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'élection du président ou présidente du CVS,</li> <li>- L'Approbation du RI du CVS,</li> <li>- De la composition par collège des membres du CVS et s'ils sont titulaires ou suppléants,</li> <li>- La désignation du secrétaire de séance,</li> <li>- Du détail des votes pour chaque question soumise à l'avis des membres du CVS,</li> </ul> </li> </ul>	
--	---	---	--	--	--

		<p>pas les EI et EIG, ce qui contrevient à l'article R331-10 CASF.</p> <p><b>Remarque 10 :</b> Les plaintes et réclamations formulées par les résidents et/ou leurs familles ainsi que les mesures correctrices prises par l'établissement sont insuffisamment présentées en CVS.</p>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Du traitement et des actions correctrices mises en place suite à la déclaration d'EIG,</li> <li>- Du traitement et des actions correctrices mises en place suite à des réclamations, plaintes,</li> <li>- Le calendrier de programmation des CVS en 2026.</li> </ul>	
<b>P 7</b>	<p>Développer la politique qualité de l'EHPAD en :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rédigeant et transmettant un plan d'amélioration continue de la qualité aux autorités de contrôle ;</li> <li>• Mettant en place des outils d'analyse des résultats des enquêtes de satisfaction et adapter les actions correctrices adéquates</li> </ul>	<p><b>Ecart 15 :</b> L'établissement ne dispose pas de plan d'amélioration continue de la qualité, ce qui contrevient à l'article L312-8 CASF.</p> <p><b>Remarque 11 :</b> Les axes d'amélioration ressortant des enquêtes de satisfaction ne sont</p>	<p>Article L312-8 CASF.</p>	<p>« PACQ sur les critères impératifs de la HAS</p> <p>Planification d'une réunion le 24 novembre 2025 pour consolider les plans d'actions issues des EI, de la satisfaction, du CVS et autres instances. »</p>	<p>L'établissement a transmis un plan d'amélioration continu de la qualité (PACQ) reprenant les critères de l'évaluation HAS et a indiqué qu'une réunion allait avoir lieu pour inclure les EI, la satisfaction, le CVS et autres instances.</p> <p>La prescription est <b>partiellement maintenue</b> dans l'attente de la transmission du PACQ actualisé pour inclure les actions liées aux EI, les enquêtes de satisfaction, le</p>	3 mois

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adoptant une culture de retour expérience incluant les actions correctrices et les mesures préventives.</li> </ul>	pas intégrés au PACQ <b>Remarque 13 :</b> L'absence du PACQ ne permet pas d'analyser l'impact des actions correctrices ou des mesures préventives sur les pratiques professionnelles visées dans le traitement des EI/EIG.			CVS et autres instances de l'EHPAD.	
<b>P 8</b>	Développer la politique de gestion des situations de violence et harcèlement sexuel ainsi que les actions de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance dans l'établissement en : <ul style="list-style-type: none"> <li>Formalisant une procédure de traitement des situations de violence et harcèlement sexuels pour l'intégrer à la politique de gestion de</li> </ul>	<b>Ecart 16 :</b> La politique de bientraitance et de lutte contre la maltraitance de l'établissement telle que déclinée ne permet pas de garantir la sécurité des personnes accueillies, ce qui contrevient à l'article L311-3-1° du CASF. <b>Remarque 3 :</b> Le document « Politique	Articles L312-8 CASF et L311-3, 1° du CASF	« -Dans le livret d'accueil, un paragraphe est déjà inclus sur le signalement de la maltraitance p24 Le livret d'accueil est mis à jour sur la personne qualifiée. Un paragraphe sur la bientraitance est également ajouté. Il sera présenté pour avis au prochain CVS. - Procédure de Promotion de la Bientraitance et de Lutte contre la maltraitance en cours »	L'établissement a transmis une procédure de signalement en cas de maltraitance qui organise le circuit de traitement des cas de maltraitance et une procédure « évaluation et prévention harcèlement abus de faiblesse » qui prévoit la conduite à tenir si un cas de harcèlement ou d'abus de faiblesse est repéré dans l'établissement.  La mission prend en compte les éléments transmis et les actions que l'établissement va mettre en place, la prescription	3 mois



	<p>la violence de l'établissement.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Formalisant une procédure de traitements des signalements des cas de violence dans l'EHPAD.</li> <li>Supprimant la référence à l'article 40 du code de procédure pénale du document dans le document « Politique de gestion de la violence ».</li> <li>Indiquant le régime de protection s'appliquant aux salariés déclarants de situations de violence ou de maltraitance.</li> <li>Intégrant la définition de la maltraitance et les actions mises en place par l'établissement dans le livret d'accueil et la politique de gestion des violences de l'organisme gestionnaire.</li> </ul>	<p>de gestion de la violence » ne comporte pas la définition de la Maltraitance.</p> <p><b>Remarque 4 :</b> Le livret d'accueil ne mentionne pas la promotion de la bientraitance et de la lutte contre la maltraitance</p> <p><b>Remarque 5 :</b> Les annexes du document « politique de gestion de la violence » n'ont pas été communiquées.</p> <p><b>Remarque 6 :</b> Le document « politique de gestion de la violence » communiqué ne traite pas spécifiquement des situations de violences sexuelles</p>			<p>est donc <b>partiellement maintenue</b> sur les points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-La formalisation d'une procédure de traitements des signalements en cas de violence</li> <li>-La suppression de la référence à l'article 40 du code de procédure pénale dans le document « Politique de gestion de la violence »</li> <li>-L'intégration de la définition de la maltraitance et les actions mises en place par l'établissement dans le livret d'accueil et la politique de gestion des violences de l'organisme gestionnaire.</li> <li>-En incluant dans le livret d'accueil la promotion de la bientraitance et de la lutte contre la maltraitance afin de permettre aux résidents de s'enquérir des enjeux de cette thématique et former également les salariés.</li> </ul>	
--	---	---	--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incluant dans le livret d'accueil la promotion de la bientraitance et de la lutte contre la maltraitance afin de permettre aux résidents de s'enquérir des enjeux de cette thématique et former également les salariés.</li> </ul> <p>Transmettre les documents mis à jour.</p>	<p>et de harcèlement sexuel.</p> <p><b>Remarque 7 :</b> L'établissement n'a pas de procédure spécifique de signalement en cas de d'agression.</p> <p><b>Remarque 8 :</b> La référence juridique (article 40 du code de procédure pénale) relative à l'obligation de déclarer un crime ou un délit, utilisée dans le document « Politique de gestion de la violence » concerne les officiers publics ou fonctionnaires et ne concerne pas les salariés du secteur privé.</p> <p><b>Remarque 9 :</b> Le document « Politique de</p>				
--	--	---	--	--	--	--

		gestion de la violence » ne fait pas mention de la protection apportée à tout salarié relatant ou signalant des faits de mauvais traitement ou de privations infligés à une personne accueillie				
<b>P 9</b>	Développer la politique d'identification, de déclaration et de traitement des événements indésirables (EI) et événements indésirables graves (EIG) en : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Déclarant aux autorités de contrôle, Ville de Paris et ARS Île-de-France, les événements indésirables survenant de l'établissement ;</li> <li>• Formalisant une procédure de déclaration des EI et EIG accessibles sur le logiciel de</li> </ul>	<p><b>Ecart 17</b> : Les EI et EIG ne sont pas déclarés à la Ville de Paris, ce qui contrevient à l'article R331-10 du CASF.</p> <p><b>Remarque 12</b> : Le document « Déclaration des événements indésirables » transmis constitue un support de présentation de réunion et la mission ne peut donc s'assurer du fait qu'il constitue une</p>	Article R331-10 du CASF.	« Ecart 17 : La Résidence a revu ses pratiques avec la mise à jour de la procédure et la mise en œuvre des transmissions à la Ville de Paris »	<p>L'établissement a transmis deux mails montrant la déclaration de deux EIG à la Ville de Paris et un document reprenant la procédure de déclaration des événements indésirables</p> <p>L'établissement n'a pas apporté la preuve de la réalisation de retour d'expérience (RETEX) et est en cours de réflexion sur le suivi des actions correctives mises en place suite aux EIG.</p> <p>Prescription <b>partiellement maintenue</b> sur la réalisation de RETEX et un suivi des actions correctrices apportées.</p>	2 mois



	déclaration de l'établissement ; <ul style="list-style-type: none"> <li>Mettant en place des retours d'expérience et un suivi des actions correctrices apportées.</li> </ul>	procédure formalisée et accessible aux personnels. <b>Remarque 14</b> : Les modalités de suivi ou de mise en œuvre des RETEX ne sont pas transmises.				
<b>P 10</b>	Mettre en place et transmettre aux autorités administratives de tutelle les outils de contrôle et de suivi des ressources humaines en : <ul style="list-style-type: none"> <li>Indiquant les compétences et les ETP des cadres de direction mutualisés avec d'autres établissements ;</li> <li>Assurant la mise à jour régulière des documents de suivi des ressources humaines ;</li> <li>Apportant les preuves de la présence réelle des ETP et les diplômes des</li> </ul>	<b>Ecart 18</b> : L'absence de données sur la mutualisation de fonctions supports avec d'autres EHPAD du pôle IDF du groupe et sur les postes relevant des services Direction/Administration et services généraux de l'EHPAD ne permet pas d'appréhender précisément la répartition des professionnels au sein de l'EHPAD, ce qui contrevient à	Articles L.311-3, 1° & 3°, L311-8 et D312-155-0 du CASF	Transmission de l'organigramme précisé et des diplômes des personnels présents lors de l'inspection +RUP mis à jour sur cette période. Le RUP a été complété avec les fonctions et diplômes des professionnels.  Eléments de preuves : - P10 Ecart18 organigramme -P10 Ecart19 RUP - P10 Ecart20 Diplômes équipe soignante	Les qualifications conventionnelles des salariés sont renseignées dans le RUP transmis, arrêté à novembre 2024, mais les diplômes des salariés ne le sont pas. L'organigramme précise les ETP des postes mutualisés (RH et comptable) avec d'autres EHPAD. Le planning des AS de jour transmis est celui d'octobre 2024 et les diplômes communiqués sont ceux des soignants en poste à cette période. Les éléments de réponses communiqués correspondent à la période de lancement de l'inspection et non à la période de la phase contradictoire ce qui ne permet pas à la Mission	3 mois

	<p>soignants recrutés en CDD ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettant à jour le Registre Unique du Personnel (RUP) pour contenir les qualifications et postes occupés par le personnel de l'établissement.</li> </ul> <p>Transmettre le RUP mis à jour et tout document permettant à la mission de vérifier les effectifs RH dans l'établissement et les diplômes des personnels en CDD.</p> <p>Délai : 3 mois</p>	<p>l'article D312-155-0 du CASF.</p> <p><b>Ecart 19</b> : Les documents communiqués à la Mission de Contrôle ne permettent pas d'avoir une vision exacte de la situation RH de l'établissement, ce qui n'est pas conforme aux articles 312-155-0 et L.311-3 3° du CASF.</p> <p><b>Ecart 20</b> : L'absence de transmission des données relatives aux diplômes de l'équipe soignante en CDD ne permet pas de s'assurer que le personnel a les compétences requises pour la prise en charge des résidents tant dans le domaine de la</p>		<p>de s'assurer de l'effectivité des éléments de preuves apportés.</p> <p><b>Prescription maintenue :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Indiquer les compétences et les ETP des cadres de direction mutualisés avec d'autres établissements ;</li> <li>- Assurer la mise à jour régulière des documents de suivi des ressources humaines ;</li> <li>- Apporter les preuves de la présence réelle des ETP et les diplômes des soignants recrutés en CDD ;</li> <li>- Mettre à jour le Registre Unique du Personnel (RUP) contenant les qualifications et postes occupés par le personnel de l'établissement.</li> </ul> <p>Il est attendu la transmission de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un organigramme nominatif daté de décembre 2025</li> </ul>	
--	--	--	--	--	--

		<p>dépendance que dans celui des soins, ce qui n'est pas conforme aux articles L.311-3, 1° et 3° et L311-8 du CASF.</p> <p><b>Remarque 15 :</b> Le RUP communiqué ne contient pas les éléments obligatoires tels que la qualification, le poste occupé par le salarié. La mission d'inspection ne peut vérifier l'exactitude de l'emploi de l'emploi occupé par les salariés.</p>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le RUP sous format Excel arrêté au 31 décembre 2025,</li> <li>- Les plannings prévisionnels et réalisé des tous les soignants en CDI et CDD de décembre 2025 en format Excel,</li> <li>- La liste des diplômes des IDE, AS et AES en CDI et CDD et leurs diplômes,</li> </ul>	
<b>P 11</b>	<p>Mettre en place une politique de recrutement, de gestion et de fidélisation des salariées afin de préserver la qualité de la prise en charge des résidents en :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recrutant des personnels infirmiers (IDE), aide-soignant (AS)</li> </ul>	<p><b>Ecart 21 :</b> Les effectifs d'IDE et d'AS/AES sont insuffisants au regard des besoins de prises en charge en soins et de la dépendance des résidents, ce qui contrevient aux</p>	<p>Article L.311-3, 1° &amp; 3° du CASF</p>	<p>Seul un poste Ide était vacant au moment de l'inspection. Les autres postes Ide, As et AES étaient pourvus, mais de nombreux CDD liés aux Arrêts, Congés et Accidents de travail</p> <p>Procédure en cours d'élaboration</p> <p>L'Animatrice est également diplômée AES comme précisé dans sa fiche de poste</p>	<p>La transmission de l'annonce de recrutement pour un poste d'IDE publiée depuis le 31/10/2024 n'apporte pas la preuve que le poste est désormais pourvu ainsi que les postes d'AS et d'AES au moment du contradictoire.</p> <p>Le planning d'octobre 2024 des AS de jour ne permet pas de</p>	3 mois



	<p>et d'accompagnement éducatif et social (AES) ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Luttant contre l'absentéisme récurrent en étudiant les causes et le corriger en apportant les solutions adéquates ;</li> <li>- Baissant le recours aux CDD par l'incitation aux contrats stables ;</li> <li>- Indiquant et transmettant le contrat et la fiche de poste de l'animatrice.</li> </ul> <p>Transmettre les offres d'emplois publiées pour les postes manquants ainsi que le contrat, la fiche de poste et la fiche de tâches de l'animatrice.</p> <p>Délai : 6 mois</p>	<p>articles L.311-3 1° &amp; 3° du CASF.</p> <p><b>Ecart 22</b> : Les taux de rotation et d'absentéisme de l'établissement mettent en évidence un manque de stabilité des effectifs et impacte la qualité de la continuité des soins ainsi que la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents ce qui contrevient à l'article L 311.3.1° et 3° du CASF</p> <p><b>Ecart 23</b> : 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,</p>		<p>Eléments de preuves :</p> <p>P11 Offre d'emploi IDE 102024</p> <p>P11 Ecart 21 Planning 10/2024 AS et IDE,</p> <p>P11 Ecart 23 - détail absences /'absentéisme de 2024 est de 6%, il est de 3 % en 2025</p> <p>P11 Rmq23 Fiche de poste Animatrice</p>	<p>s'assurer que tous les d'AS de jour et de nuit sont pourvus par des salariés en CDI.</p> <p>La fiche de poste de l'animatrice précise qu'au regard de sa formation d'AES lors de la mise en place du mode dégradé, l'animatrice se rendra disponible pour accompagner les résidents pour l'aide aux repas et aux gestes de la vie quotidienne, incluant les soins de nursings. Toutefois, compte tenu de la transmission d'un organigramme datant du 31/10/2024, la Mission de contrôle ne peut s'assurer que l'animatrice est toujours en poste.</p> <p><b>Prescription maintenue :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recruter des personnels infirmiers (IDE), aide-soignant (AS) et d'accompagnement éducatif et social (AES) ;</li> <li>- Lutter contre l'absentéisme récurrent en étudiant les</li> </ul>	
--	--	--	--	---	--	--

		<p>ce qui ne garantit pas la continuité et la sécurité des prises en charge et contrevient à l'article L311-3, 1° du CASF.</p> <p><b>Remarque 20 :</b> L'instabilité des équipes de soin et d'hébergement ne favorise pas la prise en charge individualisée des résidents.</p> <p><b>Remarque 23 :</b> Il est prévu dans la procédure « Mode dégradé-équipe soignante de jour » la sollicitation de l'animatrice sans précision des tâches qu'elle serait amenée à réaliser.</p>			<p>causes et le corriger en apportant les solutions adéquates ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Baisser le recours aux CDD par l'incitation aux contrats stables ;</li> <li>- Indiquer et transmettre le contrat et la fiche de poste de l'animatrice actuellement en poste.</li> </ul> <p>Il est attendu la transmission de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un organigramme nominatif daté de décembre 2025</li> <li>- Le RUP sous format Excel arrêté au 31 décembre 2025,</li> <li>- Les plannings prévisionnels et réalisé des tous les soignants en CDI et CDD de décembre 2025 en format Excel,</li> <li>- La liste des diplômes des IDE, AS et AES en CDI et CDD et leurs diplômes,</li> <li>- Transmettre la procédure de lutte contre l'absentéisme récurrent,</li> </ul>	
--	--	--	--	--	--	--

<p><b>P 12</b></p>	<p>Assurer la qualité de la prise en charge des résidents en :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Indiquant dans les plannings les heures de pause à chaque étage ;</li> <li>- Assurant que les personnels de l'équipe soignante disposent des diplômes requis ;</li> <li>- Transmettant la fiche heurée de l'IPA.</li> </ul> <p>Transmettre les plannings mis à jour, les diplômes des personnels de l'équipe soignante et les documents conventionnels entre l'IDE du SSIAD, le SSIAD et l'établissement et qui précisent ses missions dans l'équipe de nuit.</p> <p>Délai : 3 mois</p>	<p><b>Ecart 24</b> : Une durée de pause est précisée dans les fiches de postes heurées des IDE, AS, AES, AMP, agents d'entretiens et d'hôtellerie. La prise de cette pause n'est pas mentionnée dans les plannings, ce qui ne permet pas de vérifier la présence en continu d'un professionnel, ce qui contrevient à l'article L311-3, 1° du CASF</p> <p><b>Ecart 28</b> : L'absence d'information relative aux diplômes et à la qualification des salariés recrutés dans le domaine du soin ne permet pas de garantir la qualité de la prise en charge et la sécurité des</p>	<p>Articles L311-3, 1° et R4311-5 du CSP.</p>	<p>Les horaires de pauses sont affichés dans tous les lieux pour les professionnels.</p> <p>Le logiciel [REDACTED] est en cours de développement sur les ehpad de la région et permettra un meilleur affichage des plannings.</p> <p>Les horaires de pauses sont affichés dans tous les lieux pour les professionnels</p> <p>Eléments de preuves :</p> <p>P12 Ecart24 Affichages des horaires de pauses</p> <p>P12 Ecart 28 Diplômes des salariés (cf P10)</p> <p>P12 Rmq21 Fiche de poste IPA</p> <p>P12 Rmq22 Convention SSIAD</p>	<p>Dans l'attente du déploiement d'un logiciel de planning, le planning d'octobre 2024 des AS ne mentionne pas les temps de pause des salariés.</p> <p>Faute de planning à jour, c'est-à-dire au moment de la phase contradictoire, les diplômes transmis pour les IDE et équipe soignante en CDI ne permettent pas le croisement des informations et ne sont pas exploitables.</p> <p>Il a été demandé la fiche de poste heurée de poste de l'IPA à 50 % dans l'établissement.</p> <p>La convention IDE de nuit mutualisé en EHPAD Années : 2018-2020 précise les articulations des missions, des responsabilités et des interventions entre le SSIAD et les EHPAD ». L'évaluation du partenariat a été réalisé en 2018 et 2019, le montant de la contribution financière de l'ARS au titre de l'organisation infirmier(e) de nuit mutualisée.</p> <p>La convention signée pour une 3 ans est caduque depuis 2021.</p>	
------------------------	---	--	---	--	---	--



		<p>résidents ce qui contrevient aux articles L311-3, 1° et 3° du CASF.</p> <p><b>Remarque 21 :</b> La fiche heurée de l'IPA n'a pas été transmise à la Mission de contrôle.</p> <p><b>Remarque 22 :</b> Le partenariat EHPAD – SSIAD n'est pas précisé ni l'articulation entre l'IDE du SSIAD et les soignants de nuit</p> <p><b>Remarque 24 :</b> La fiche heurée de l'IDE mentionne le passage de l'IDE du SSIAD, mais ne précise pas le cadre d'intervention de ce soignant ni l'articulation entre l'IDE du SSIAD et le personnel de nuit.</p>			<p><b>Prescription maintenue :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Indiquer dans les plannings des soignants les heures de pause à chaque étage ;</li> <li>- Assurer que les personnels de l'équipe soignante disposent des diplômes requis ;</li> <li>- Transmettre la fiche heurée de l'IPA.</li> </ul> <p>Il est attendu :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les plannings des soignants en version Excel dans lesquels les temps de pause sont mentionnés,</li> <li>- Les diplômes des soignants présents dans les plannings communiqués,</li> <li>- La fiche de tâches heurées de l'IPA,</li> <li>- La fiche de poste heurée des IDE de nuit détaillant les articulations des missions, des responsabilités et des interventions entre le SSIAD et les EHPAD ».</li> </ul>	
--	--	--	--	--	---	--

					La convention partenariale entre le SSIAD et l'EHPAD renouvelée.	
<b>P 13</b>	Instaurer au sein de l'établissement une commission gériatrique.	<b>Ecart 29</b> : Le compte rendu de la commission gériatrique transmis par l'établissement ne permet pas à la Mission d'inspection de conclure à l'existence d'une commission gériatrique propre à cet établissement, ce qui contrevient à l'article D312-158, 3° du CASF et à l'Arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D. 312-158 du CASF.  <b>Remarque 26</b> : Les recommandations de	Article D312-158, 3° du CASF et Arrêté du 5 septembre 2011.	« Ecart 29 : La Commission Gériatrique qui s'est tenue en 2024, n'était pas représentative des personnels travaillant au sein de la résidence. L'organisation de la Commission Gériatrique de 2025 a été améliorée, recentrée sur la Résidence et convie l'ensemble des partenaires de la résidence, elle est planifiée le 17/12/2025 »	L'établissement a transmis l'invitation à la commission de coordination gériatrique de 2025.  Dans l'attente de la transmission du support de présentation et du compte-rendu de cette édition, la prescription est <b>maintenue</b> .	1 mois

		la HAS sur la mise en place d'une commission gériatrique ne sont pas suivies (HAS, "La Commission de coordination gériatrique", 2018)				
<b>P 14</b>	<p>Favoriser un temps de réponse aux appels-malades assurant la sécurité de la prise en charge des résidents.</p> <p>Transmettre tout document de suivi du temps de réponse des appels-malades.</p>	<p><b>Ecart 30 :</b> L'établissement n'a pas des documents permettant à la Mission d'inspection d'évaluer le système d'appel malade, ce qui contrevient aux articles L313-4 et L311-3, 1° et D312-155-0, I, 2° du CASF.</p>	<p>Articles L311-3, 1°, L313-4 et D312-155-0, I, 2° du CASF</p>	<p>« Ecart 30 : Le suivi des temps de réponses aux appels est hebdomadaire. Une sensibilisation a été effectuée en Pluridisciplinaire début octobre ce qui a permis d'améliorer les temps de réponse ».</p>	<p>L'établissement a indiqué le suivi des appels est hebdomadaire, a transmis un compte-rendu de sensibilisation interne ainsi que les extraits de deux semaines d'appels-malades en septembre et octobre 2025.</p> <p>La prescription est <b>retirée</b>, la mission constate qu'un certains nombres d'appels (environ 70) dépassent un temps de réponse de 15 minutes et souligne à l'EHPAD qu'il est important de continuer à sensibiliser les personnels à la nécessité de répondre aux appels-malades dans un délai compatible avec la sécurité des résidents.</p>	



<p><b>P 15</b></p>	<p>Compléter le contrat de séjour et le livret d'accueil en :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Intégrant au contrat de séjour une annexe relative à l'intégrité physique et la sécurité de la personne et pour soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir.</li> <li>Indiquant les modalités de recours à une personne qualifiée dans le livret d'accueil.</li> </ul> <p>Transmettre les documents mis à jour.</p>	<p><b>Ecart 31 :</b> Le contrat de séjour ne comporte pas d'annexe relative à l'intégrité physique et la sécurité de la personne et pour soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir ce qui contrevient à l'article L311-4-1 du CASF.</p> <p><b>Ecart 32 :</b> Le livret d'accueil ne contient pas d'information concernant la saisine de la personne qualifiée et l'arrêté relatif à la désignation des personnes qualifiées n'est pas annexé ce qui contrevient à l'article L311-3 6° du CASF.</p> <p><b>Remarque 27 :</b> L'annexe du contrat de séjour relative aux</p>	<p>Article et L311-3 6° et L311-4-1 du CASF</p>	<p>« Ecart 31 L'annexe pour soutenir l'exercice de la liberté d'aller et venir est mise en place suit à la Prescription. En cours : les entretiens avec les résidents, les proches, le médecin coordinateur pour approbation collégiale  Ecart 32 Dans le livret d'accueil, ajout de la notion de la personne qualifiée ainsi que de l'arrêté relatif en annexe »</p>	<p>L'établissement a transmis l'annexe au contrat de séjour relative à la liberté d'aller et venir et assure des « entretiens avec les résidents, les proches, le médecin coordinateur pour approbation collégiale ». A également été transmis le livret d'accueil indiquant la possibilité de recours aux personnes qualifiées avec leur liste en annexe.</p> <p>La prescription est <b>retirée</b>.</p>	
------------------------	---	--	---	---	---	--

		personnes qualifiées n'indique pas leurs coordonnées.				
<b>P 16</b>	Assurer un suivi nutritionnel des résidents permettant l'individualisation de leur prise en charge en cas de dénutrition ou de surpoids.  Compléter le document transmis par la mission.	<b>Ecart 34 :</b> Le document transmis n'indique pas la mise en place d'action complémentaire pour la prise en charge des résidents en état de dénutrition et ne permet pas à la Mission de vérifier si un rythme mensuel des pesées est assuré dans l'EHPAD. La qualité et l'individualisation de la prise en charge des résidents ne peut donc être assurée (référence : Article L311-3, 1° et 3° du CASF).	Article L311-3, 1° et 3° du CASF		<p>L'établissement a transmis deux comptes-rendus de point nutrition, les émargements à ces réunions. La mission n'a pas été destinataire de la courbe des pesées indiquée comme jointe par l'établissement.</p> <p>La Mission prend en compte les actions qui sont mises en place en interne au niveau de la nutrition et encourage l'établissement à poursuivre cette démarche.</p> <p>Dans l'attente de la transmission de documents présentant le suivi des pesées, la prescription est <b>partiellement maintenue.</b></p>	1 mois

	Recommandation envisagée	Ref. Rapport	Réponse de l'établissement	Décision
R1	Transmettre aux autorités de tutelle une fiche de poste ou une lettre de mission pour le poste de direction signée par les deux parties.	<b>Remarque 2 :</b> La directrice de l'établissement ne dispose pas de lettre de mission ou de fiche de poste.	L'établissement a transmis la fiche de poste de « directeur d'établissement » de l'organisme gestionnaire.	Le document transmis n'est pas signé par les parties.  La recommandation est <b>maintenue</b> .
R2	Inclure dans le plan de développement des compétences, des formations relatives :  A la déclaration et l'analyse des événements indésirables et événements indésirables graves, A la prise en charge des personnes atteintes de troubles du comportement, de troubles sensoriels et à la douleur, A la bientraitance et à la prévention de la maltraitance,	<b>Remarque 16 :</b> L'établissement ne propose pas de formations à la prise en charge des troubles du comportement, des troubles sensoriels et de la douleur. <b>Remarque 17 :</b> L'établissement n'inscrit pas dans son plan de développement des compétences les formations qu'il consacre à la bientraitance, à la prévention de la maltraitance, à la déclaration des EIG et à leur analyse. <b>Remarque 18 :</b> La formation en distanciel portant sur l'éthique proposée au nouveau salarié n'est pas inscrite dans les plans de développement des compétences communiqués.	Eléments de preuves : -PDC2024 réalisé -PDC2025 prévisionnel	Le plan de développement des compétences (PDC) réalisé en 2024 comporte 2 heures « Bientraitance /vie ma vie » pour 41 stagiaires, 1 heure pour 52 stagiaires « Déclaration EI », 1 heure pour 28 stagiaires « Prise en charge de la douleur », Les dates de réalisation de de ces formations flash ne sont pas mentionnées. Il n'y a pas d'inscriptions à des formations à la prise en charge des personnes atteintes de troubles du comportement, de troubles sensoriels et à la douleur, et les formations assurées pour les nouveaux personnels.



	<p>Toutes les formations assurées pour les nouveaux personnels</p> <p>Transmettre à la Mission le plan de développement des compétences 2024 réalisé et le prévisionnel 2025.</p>			<p>Les dates de réalisation des formations ne sont pas renseignées dans le PDC réalisé 2024</p> <p>Le PDC prévisionnel en 2025 indique :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Inscription de 12 stagiaires à une formation « bientraitance » de 14 heures et 14 stagiaires à une formation d'1 heure / bientraitance et 31 stagiaires à « cartographie de la maltraitance » d'1 heure,</li><li>- Accompagner la Personne Agée présentant des troubles psychiques 12 stagiaires : 21 heures</li><li>- Malade Alzheimer et apparentés : 12 stagiaires 14 heures</li></ul> <p>Il n'y a pas de programmation de « Déclaration EIG ».</p> <p>Les dates de programmation, des formations ne sont pas indiquées.</p> <p><b>Recommandation Maintenue : Il est attendu :</b></p>
--	---	--	--	--

				Le PDC réalisé en 2025 et le PDC prévisionnel 2026.
<b>R 3</b>	<p>Mettre en place un groupe d'analyse des pratiques professionnelles animé par un intervenant extérieur pour les salariés de l'établissement.</p> <p>Transmettre à la Mission de contrôle la preuve de sa mise en place.</p>	<p><b>Remarque 19 :</b> Il n'est pas proposé de groupes de pratiques professionnelles aux salariés.</p>	<p>L'analyse des pratiques professionnelles est mise en place sur la Résidence depuis 2024</p> <p>Eléments de preuves :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- RECO3 Rmq19 convention</li> <li>- RECO3 Rmq19 feuilles émargements 2024 2025</li> </ul>	<p><b>La transmission de la</b> prévisionnel des groupes d'analyse des pratiques professionnelles (GAPP) pour octobre, novembre et décembre 2024, n'apportent pas la preuve de leur continuité en 2025 et en 2026 convention signée le 15/10/2024 et le calendrier</p> <p><b>Recommandation Maintenue</b></p> <p><b>Il est attendu :</b></p> <p>La convention relative aux GAPP renouvelée en 2025 et 2026 et le calendrier des GAPP réalisés en 2025 et prévus en 2026.</p>
<b>R 4</b>	<p>Assurer une évaluation gériatrique complète pour les résidents nouvellement admis.</p> <p>Transmettre à la Mission tout document détaillant le contenu de l'évaluation gériatrique.</p>	<p><b>Remarque 25 :</b> Le contenu de l'évaluation gériatrique effectuée avant l'admission du résident n'est pas détaillé.</p>	<p>L'établissement a transmis une fiche d'évaluation gériatrique standardisée.</p>	<p><b>Recommandation retirée.</b></p>

<b>R 5</b>	Faire du RAMA un outil de réflexion en assurant une analyse des contentions prescrites et de la prise en charge palliative assurée dans l'établissement.	<p><b>Remarque 28 :</b> Les données relatives aux contentions ne font pas l'objet d'une analyse dans le RAMA.</p> <p><b>Remarque 29 :</b> Le RAMA ne fait pas état des situations de prise en charge des résidents en soins palliatifs ou en fin de vie.</p>	« Les analyses sont réalisées, mais elles ne sont pas inscrites dans le RAMA. Elles seront intégrées dans le RAMA 2025 »	Dans l'attente de la transmission du RAMA 2025, la recommandation est <b>maintenue</b> .
------------	--	--	--	--