

**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 Isabelle TOUYA
Adjointe à la sous-directrice
Centre d'Action Sociale de la Ville de
Paris
5 boulevard Diderot
75012 Paris

Lettre recommandée avec AR
N°

Saint-Denis, le **06 NOV. 2025**

Madame,

Comme annoncé dans notre courriel du 20 septembre 2024, un contrôle sur pièces de l'EHPAD « Cousin de Méricourt » 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 l'injonction, les 12 prescriptions et 11 recommandations que nous envisageons de vous notifier (Cf. **annexe**).

Vous nous avez transmis des éléments de réponse détaillés le 1^{er} octobre 2025, ce dont nous vous remercions. Nous notons que des corrections et des précisions ont été apportées concernant les mesures suivantes :

- Injonction 1 : Transmettre les éléments de preuves d'un processus de recrutement du médecin coordonnateur (MEDCO). Garantir un temps de présence conforme à la réglementation.

Toutefois, les éléments transmis sont partiels. L'injonction 1 est transformée en prescription (Cf. prescription 13).

Concernant les prescriptions, les éléments transmis permettent de lever les mesures suivantes :

- Prescription 1 : Tendre vers un taux d'occupation égal ou supérieur à 95% et transmettre les éléments de preuve.
- Prescription 6 : Réaliser une évaluation externe et la transmettre aux autorités compétentes.

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

Ainsi, nous vous notifions à titre définitif 11 prescriptions dont 3 partiellement maintenues et 11 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 l'ARS de Paris, ars-dd75-medico-social@ars.sante.fr et à la Ville de Paris, dsol-autonomie-inspection@paris.fr, les éléments de preuve documentaire permettant le suivi des mesures correctives et la levée des prescriptions.

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, Madame, l'expression de notre considération distinguée.

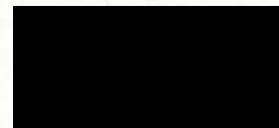
Pour le Directeur Général de l'Agence Régionale de
Santé Île-de-France et par délégation
La Directrice adjointe de la Délégation départementale
de Paris



Esther LEPAICHEUX

Pour la Maire de Paris et par délégation,

La Directrice des Solidarités



Jeanne SEBAN

Copie à :

Monsieur Gilles DUPONT
Directeur
EHPAD Cousin de Méricourt
15 avenue Cousin de Méricourt
94230 Cachan

Annexe : Décisions faisant suite au contrôle sur pièces réalisé le 20 septembre 2024 au sein de l'EHPAD Cousin de Méricourt

Injonction	Ref. Rapport	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision	Délai
Transmettre les éléments de preuves d'un processus de recrutement du MEDCO. Garantir un temps de présence conforme à la réglementation.	E4 : L'établissement ne dispose pas de médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D312-156 du CASF.	D312-156 du CASF	L'établissement a indiqué que « Le poste de médecin coordonnateur de l'EHPAD Cousin de Méricourt est resté vacant depuis le 1er juin 2024. Depuis cette date, 2 médecins traitants, salariés à temps plein ont été recrutés, ce qui a permis d'assurer la continuité des soins cliniques aux résidents de l'EHPAD. Aucun d'eux n'a souhaité s'engager sur les fonctions de médecin coordonnateur. La coordination a pu être opérée avec l'appui du médecin conseil de la Sous-direction de l'Autonomie et du Service des EHPAD de la Ville de Paris. Au 01/10/2025, le recrutement d'un médecin coordonnateur a pu aboutir, pour [REDACTED] ETP (cf. contrat et fiche de poste ci-joints annexe inj.1.) »	L'établissement a transmis un contrat d'engagement à durée déterminée pour 0,5 ETP. Cependant, le temps de présence actuel du MEDCO n'est pas conforme à la réglementation. Injonction transformée en prescription (P13).	



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



	Prescription	Ref. Rapport	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision	Délai
P1	Tendre vers un taux d'occupation égal ou supérieur à 95% et transmettre les éléments de preuve.	E1 : Le taux d'occupation de l'établissement est inférieur à 95% ce qui contrevient à l'article L313-4 du CASF.	L313-4 du CASF	L'établissement a indiqué « Les pièces transmises lors du contrôle couvrant la période du 20 au 27 septembre 2024 ont retranscrit en effet un taux d'occupation nettement inférieur à 95%. Depuis lors, la tendance a été inversée. Si en janvier 2025 le taux d'occupation était encore de 85% (195 résidents hébergés pour 227 lits autorisés), il est passé au-dessus de 95% à compter d'août 2025, soit à date, au 1er octobre 2025, avec un taux d'occupation à 96,47 %, soit 219 résidents présents pour 227 places autorisées (cf. annexe presc 1. / extrait tableau de bord taux d'occupation actualisé de l'EHPAD). »	Une liste des personnes accueillies par étage a été transmise. Ce document mis à jour le 1 ^{er} octobre 2025 montre que le taux d'occupation est de 96,47 % et fait apparaître la vacance de 8 chambres. Prescription retirée.	
P2	Mettre en conformité le plan bleu en rédigeant : – Une procédure de rappel du personnel, – Une procédure de RETEX et de mise à jour du plan. Transmettre à la Mission un plan bleu actualisé.	E2 : Le plan bleu de l'établissement n'est pas conforme à la réglementation, ce qui contrevient à l'article D312-160 du CASF	D312-160 du CASF	La mise en conformité du plan bleu fera l'objet dans le délai imparti de la formalisation de la procédure de rappel du personnel, validée en lien avec le Plan de Continuité de l'Activité des 14 EHPAD du CASVP. Cette mise en conformité intégrera la déclinaison des caractéristiques spécifiques de l'EHPAD Cousin de Méricourt en lien avec les partenaires territoriaux, elle intégrera également la procédure de RETEX à destination de l'encadrement et de l'ensemble des équipes, ainsi que celle de la mise à jour du plan bleu au regard des recommandations ministérielles en vigueur, sur la base de d'actualisation et de l'adaptation locale des procédures socles des EHPAD à disposition via la GED sur le logiciel [REDACTED] pour lesquels l'équipe de direction et celle de l'encadrement sont en formation en septembre / octobre 2025.	Aucun plan bleu n'a été transmis. La mission prend note des travaux d'actualisation, en cours, du plan bleu. Prescription maintenue dans l'attente de la transmission d'un plan bleu conforme à la réglementation.	1 mois
P3	Transmettre tous les arrêtés de nominations et	E3 : L'établissement n'a pas transmis tous les arrêtés de	R4112-1 du CSP	L'établissement a transmis la liste actualisée à date des cadres et infirmiers à l'Ordre National. La direction a envoyé un courrier en RAR aux professionnels ne	D'après la liste transmise, la cadre supérieure de santé et 5	Immédiat



	inscriptions à l'Ordre National des Infirmiers de santé de l'EHPAD.	nominations et inscriptions à l'Ordre National des Infirmiers de cadres de santé de l'EHPAD, ce qui contrevient à l'article R4112-1 du CSP.		disposant pas d'une preuve formalisée pour les informer de la démarche à formaliser dans les meilleurs délais	IDE ne sont pas inscrites à l'Ordre National des Infirmiers. Prescription maintenue dans l'attente de la transmission de tous les arrêtés de nominations et inscriptions à l'Ordre National des Infirmiers La mission note que l'établissement a procédé à une nouvelle élection du CVS en date du 19/06/2025. Le CVS est composé de : - 4 membres titulaires et de 4 membres suppléants pour le collège des représentants des personnes accompagnées, - 3 membres titulaires et d'1 membre suppléant pour le collège des représentant des familles, proches aidant ou représentant légaux des personnes accompagnées, - 3 membres titulaires et de 3 membres suppléants pour le collège des représentants des professionnels. Aucun représentant de l'équipe médico-soignante distinct du collège des professionnels n'est mentionné dans la liste des	3 mois
P4	Mettre en conformité le fonctionnement du CVS en : • Régularisant la composition des membres du CVS ; • Procédant à la signature des relevés de conclusion par le président du CVS et mentionnant l'identité du secrétaire de séance. • Mettant à jour le règlement intérieur du CVS et en précisant les obligations de présentation des dysfonctionnement s et des événements indésirables.	E5 : Tous les relevés de conclusion ne sont pas systématiquement signés par le président du CVS et ne font pas mention du secrétaire de séance, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D311-20 du CASF. E6 : L'absence d'identification permettant de vérifier si les avis valablement émis respectent la supériorité du nombre des représentants des personnes accompagnées, de leurs familles et représentants légaux à la moitié des membres, contrevient à l'article D311-17 du CASF. R2 : Le règlement intérieur du CVS ne	D311-17 & D311-20 du CASF	L'établissement a indiqué que « Le Conseil de la Vie Sociale a été renouvelé avec les élections organisées le 19 juin 2025, le 1er CVS suite à ces élections s'est réuni le 19 septembre 2025 et le 2ème est prévu pour le 21 novembre 2025. Son fonctionnement a été mis en conformité réglementaire au regard de sa composition. Les relevés de conclusion sont désormais signés systématiquement par le président du CVS et mentionnent l'identité du secrétaire de séance. Le règlement intérieur du CVS a été mis à jour et il précise les obligations de présentation des dysfonctionnements et des événements indésirables. Les relevés de conclusion N et N-1 ainsi que le règlement intérieur du CVS actualisé sont transmis ci-joints (annexe Presc 4) » L'établissement a transmis : - Une fiche de présence du dépouillement des élections du 19/06/2025, - Le procès-verbal des élections du CVS, - Une note d'information des résultats des élections, à destination des cadres, - Le résultat des suffrages exprimés du collège des professionnels, - Le résultat des suffrages exprimés du collège des personnes accueillies, - Le résultat des suffrages exprimés des familles.		

Transmettant les relevés de conclusion N et N-1 ainsi que le règlement intérieur du CVS actualisé.	précise pas l'obligation de présentation des dysfonctionnements et des événements indésirables.		- Le règlement intérieur du CVS, 4 lettres de candidatures famille, - La liste définitive des candidatures famille, 7 lettres de candidatures des professionnels, - La liste définitive des candidatures des professionnels, 9 lettres de candidatures des personnes accueillies, - La liste définitive des candidatures des personnes accueillies, 1 lettre aux familles ou représentants légaux, 1 lettre aux résidents électeurs, 1 modèle de lettre à candidature à la représentation des personnes accueillies, 4 procès-verbaux et 4 relevés de conclusion du 28/03/2024, 26/06/2024, 15/11/2024 et 28/03/2025.	membres, ni le médecin coordonnateur. La composition n'est toujours pas conforme à la réglementation. Tous les procès-verbaux et relevés de conclusions sont signés par la présidente et par la secrétaire de séance, dont le nom est mentionné. Les PV ne précisent pas que la direction est un membre avec voix consultative. Le règlement intérieur transmis a été mis à jour et rappelle que le CVS a pour attribution la présentation des dysfonctionnements et des événements indésirables. Il n'a pas encore fait l'objet d'une délibération par le Conseil d'administration du CASVP. Prescription partiellement maintenue dans l'attente d'une composition d'un CVS conforme à la réglementation et de la transmission du règlement intérieur du CVS validé par le Conseil d'administration du CASVP.
--	--	--	---	--



P 5	Elaborer et transmettre un PACQ de l'établissement qui comprend : - Les actions d'amélioration des issues des enquêtes de satisfaction et de l'analyse des EI/EIG, - Les axes d'améliorations issus du RETEX.	E7 : L'absence de PACQ et d'un COPIL qualité ne permet pas un développement optimal d'une prise en charge pour les personnes accueillies et du bon fonctionnement de l'établissement, ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF. R7 : L'établissement ne disposant pas d'un PACQ, les actions d'amélioration issues des enquêtes de satisfaction ne peuvent y être intégrées. R10 : Aucun élément transmis à la Mission ne permet de montrer que les mesures prises dans le cadre des déclarations d'EI/EIG sont incluses dans le Plan d'amélioration continue de la qualité.	L311-3 du CASF.	L'établissement a indiqué que « Le PACQ sera élaboré au cours du semestre à venir sous l'égide du COPIL constitué formalisant un RETEX partagé à chaque EIG, en lien avec le déploiement des formations à l'utilisation du logiciel [REDACTED] dont les formations auprès de l'encadrement sont en cours en septembre 2025. »	L'établissement n'a pas transmis de documents. Toutefois, la mission prend note de la formalisation prochaine d'un PACQ. Prescription maintenue .	6 mois
P 6	Réaliser une évaluation externe et la transmettre aux autorités compétentes	E8 : Le dernier rapport d'évaluation externe établi en 2014 est obsolète, ce qui contrevient à l'article L312-8 du CASF.	L312-8 du CASF.	L'établissement a indiqué « La dernière évaluation externe a été réalisée les 19 et 20 septembre 2024, par le cabinet 4AS mandaté par le Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris, habilité par la Haute Autorité de Santé (HAS). Le rapport définitif a été enregistré sur le site Synaé dédié par la HAS le 19/11/2024. »	L'établissement a procédé à son évaluation HAS les 19 et 20 septembre 2024. L'établissement a obtenu une moyenne de 3,81/4 pour le chapitre 1 concernant « la personne », 3,44/4 pour le	

				chapitre 2 sur « les professionnels » et 3,59/4 pour le chapitre 3 portant sur « l'ESSMS ». L'évaluation HAS met en lumière des aspects positifs relevés : – Les partenariats développés par l'établissement et la grande diversité des prestations inclusives proposées aux personnes accompagnées tant en interne qu'en externe ; – L'ouverture de l'établissement sur le territoire et à son territoire afin de permettre aux personnes accueillies de continuer à être actrices de leur vie, de continuer à exercer leurs droits et leurs centres d'intérêts, de découvrir de nouveaux loisirs ou envies, de continuer à participer à la vie ; – L'expression et la participation des personnes et
--	--	--	--	--

					l'exercice de leur citoyenneté : que ce soit à travers les instances collectives (Conseil de la Vie Sociale, Commission animation) ou à travers les nombreuses manifestations organisées par l'établissement afin de favoriser la citoyenneté des personnes, les personnes ont le sentiment d'être utiles à la vie de l'établissement et d'avoir un réel rôle à jouer. Certains points nécessitent d'être améliorés concernant la : - Politique ressources humaines : L'ESSMS définit et déploie une politique ressources humaines au service de sa stratégie et de la qualité de l'accompagnement, - Démarche qualité et gestion des risques :
--	--	--	--	--	---

P 7	Transmettre tous les éléments d'analyse des EIG de l'année 2024.	E9 : Un événement dont les faits relèvent de l'EIG a été classé comme EI dans le suivi de l'établissement, ce qui contrevient à l'article L331-8-1 du CASF R11 : L'établissement n'a transmis aucun RETEX pour les EIG survenus en 2024.	L331-8-1 du CASF	L'établissement a indiqué que suite à un EIG survenu le 3 décembre 2024, un RETEX a été fait en janvier 2025.	• L'ESSMS définit et déploie son plan de prévention des risques de maltraitance et de violence, • L'ESSMS assure le recueil et le traitement des plaintes et des réclamations, • L'ESSMS est doté d'un plan de gestion de crise et de continuité de l'activité, • L'ESSMS communique son plan de gestion de crise en interne et en externe, • L'ESSMS s'inscrit dans une dynamique d'innovation et d'évolution sociétale. Prescription retirée. L'établissement a transmis une revue de morbidité et de mortalité (RMM) réalisée à la suite d'un EIG survenu le 03/12/2024. La mission prend en compte le RETEX mis en place par l'EHPAD mais note que cet événement est postérieur à la date du contrôle. Aucun élément d'analyse n'a été communiqué pour les EIG survenus avant la date du contrôle sur pièces.	3 mois
-----	--	--	------------------	---	---	--------



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



P 8	Procéder au recrutement de personnel soignant suffisant, conformément aux dispositions du CPOM et transmettre les éléments de preuve.	E10 : Les plannings montrent que les effectifs soignants sont insuffisants dans certaines unités de l'EHPAD, ce qui ne garantit pas la sécurité des personnes accueillies et contrevient à l'article L.311-3 1° du CASF.	L311-3, 1° du CASF	L'établissement a indiqué que le CASVP a acté un plan de renforcement des effectifs soignants pour plusieurs EHPAD dont l'EHPAD Cousin de Méricourt. Ont été recrutés, à date, 4 AS, 1 secrétaire médico-sociale (SMS) et un éducateur spécialisé (ES). Reste à recruter 1 SMS, 1 ES, et 1 infirmier en pratiques avancées. Aucun contrat n'a été transmis.	Prescription partiellement maintenue dans l'attente de la transmission de tous les éléments d'analyse pour les autres EIG survenus en 2024. La mission prend note des professionnels recrutés. Prescription maintenue dans l'attente de transmission des contrats des professionnels recrutés.	3 mois
P 9	Rédiger et transmettre les fiches de poste des AMP et aides-soignants en respectant le champ de compétences professionnelles propres à chaque métier.	E11 : L'absence de différenciation des tâches d'aide-soignante, des AMP entraîne un glissement de tâches entre ces deux professions, ce qui contrevient à l'article L311-3, 1° du CASF.	L311-3, 1° du CASF.	Les fiches de postes sont en cours d'actualisation, en lien avec les services centraux SEHPAD et SRH.	Aucune fiche de poste n'a été transmise. La mission prend note des travaux d'actualisation des fiches de postes. Prescription maintenue dans l'attente de la réception des documents rédigés.	1 mois
P 10	Rechercher la participation active et directe des résidents	E12 : La procédure transmise par l'établissement ne	L311-3, 3° du CASF.	L'établissement a indiqué que 165 des 219 résidents disposent d'un plan d'accompagnement personnalisé (PAP) à jour. L'EHPAD a également indiqué que « la	Le tableau récapitulatif montre que 165 PAP ont été réalisés en date du 25/09/2025 sur les	3 mois

à l'élaboration de leurs plans d'accompagnement et personnaliser et mettre à jour les PAP.	permet pas de garantir la participation directe du résident à l'élaboration de son PAP, ce qui contrevient à l'article L311-3, 3° du CASF. E13 : Moins de la moitié des résidents présents le jour du contrôle dispose d'un PAP à jour, ce qui contrevient à l'article L311-3, 3° du CASF.		participation directe du résident est recherchée au maximum dans la mesure des capacités du résident de s'exprimer et dans la mesure d'identifier des proches pouvant participer. »	219 résidents présents dans l'EHPAD au 1^{er} octobre 2025, soit 75% de résidents disposant d'un PAP à jour. La mission note ces avancées et encourage l'établissement à poursuivre ce travail. Aucune procédure actualisée n'a été transmise, ce qui ne permet pas de vérifier si la participation directe du résident est recherchée. Prescription maintenue dans l'attente de la transmission de la procédure d'élaboration des PAP mise à jour et d'un calendrier prévisionnel de PAP restant à réaliser.	
Garantir la liberté de choix du médecin traitant à chaque résident.	E14 : Au vu du document transmis, le résident se voit attribuer un médecin traitant salarié de l'établissement en fonction de son bâtiment et non par choix, ce qui contrevient aux articles L1110-8 du CSP et L311-3, 1° du CASF	L1110-8 du CSP L311-3, 1° du CASF.	L'établissement a indiqué que « L'organisation de la répartition du temps médical salarié se fait en effet au regard de la configuration architecturale actuelle. Les médecins salariés contractuels sont affectés par bâtiment. A l'admission, le libre choix du médecin traitant est rappelé et tracé dans le contrat de séjour (cf. extrait du contrat de séjour ci-joint). Après plus d'un 1 an de vacance du poste de médecin coordonnateur, le recrutement d'un nouveau médecin coordonnateur au 01/10/25 va permettre à la direction d'organiser et de renforcer les moyens de garantir la liberté de choix du médecin traitant à chaque résident, notamment avec le nouveau règlement de fonctionnement des EHPAD du CASVP qui sera diffusé avant fin 2025. »	La mission prend note des actions engagées par l'établissement pour garantir le libre choix du médecin traitant. Prescription maintenue dans l'attente de la transmission du règlement de fonctionnement mis à jour et de tout nouvel outil mis en place pour garantir la liberté du choix du médecin.	3 mois



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



P 12	Remplir et transmettre le document sur le suivi des poids annuels (annexe relative au relevé exhaustif des pesées et IMC pour chaque résident) par la Mission.	E15 : L'établissement n'ayant pas transmis les documents demandés, la Mission ne peut s'assurer du suivi mensuel des pesées et de l'état nutritionnel des personnes accueillies, ce qui contrevient à l'article L311-3, 1° du CASF.	L311-3, 1° du CASF.	Le document a été actualisé à date par l'encadrement des soins, pour les 220 résidents, il est transmis ci-joint à la mission (cf. annexe presc 12).	L'établissement a transmis un récapitulatif du suivi des pesées des personnes accueillies datant du 26/09/2025. 200 pesées ont été comptabilisées, tous les résidents ne figurent pas dans le listing. La mission signale à l'EHPAD qu'il lui était demandé de remplir le document « annexe relative au relevé annuel exhaustif des pesées et IMC pour chaque résident » transmis en phase initiale et permettant de vérifier sur douze mois le rythme des pesées des résidents ainsi que les variations de leur IMC. Ce n'est pas le cas avec le document transmis. Prescription maintenue dans l'attente de l'envoi du document « annexe relative au relevé annuel exhaustif des pesées et IMC pour chaque résident » rempli par l'établissement.	1 mois
P1 3	Garantir un temps de présence du médecin coordonnateur	E4 : L'établissement ne dispose pas de médecin coordonnateur, ce qui	D312-156 du CASF		Nouvelle prescription	6 mois



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



	conforme à la réglementation et les diplômes du professionnel.	contrevient à l'article D312-156 du CASF.			
--	--	---	--	--	--

	Recommandation	Ref. Rapport	Réponse de l'établissement	Décision
R1	Mettre à jour les documents RH en : - Indiquant les liens fonctionnels et les ETP des personnels dans l'organigramme et le transmettre, - Actualisant le tableau des effectifs, - Référençant l'ensemble des soignants intervenant dans l'établissement et l'effectivité de l'inscription à l'ordre national des IDE dans le tableau de suivi « AS-IDE », - Faisant figurer dans le projet d'établissement l'effectif cible des soignants intervenant à nuit.	R1 : L'organigramme de l'établissement ne traduit pas les liens fonctionnels et n'indique pas les ETP des personnels. R12 : Un agent figurant dans le tableau des effectifs n'a pas de fonction identifiée. R13 : Les dates d'arrivée et de sortie ne sont pas systématiquement renseignées dans le tableau des effectifs. R20 : Le projet d'établissement ne fait pas apparaître l'effectif cible intervenant la nuit R22 : Le tableau récapitulant les diplômes AS-IDE ne mentionne pas l'inscription effective à l'Ordre national des infirmiers et n'inclut pas la totalité des soignants intervenant la nuit.	L'établissement a indiqué « Les documents RH sont en cours d'actualisation en lien avec les services centraux (SEHPAD et SRH) comme demandé par la mission. »	L'établissement n'a pas transmis de documents. La Mission prend note des travaux d'actualisation des documents RH. Recommandation maintenue dans l'attente de la réception des documents rédigés et actualisés.



R2	Actualiser les informations relatives aux situations de maltraitance, en : - Reprenant dans le courrier d'engagement et dans le livret d'accueil la définition de la maltraitance de 2022, - Mentionnant dans le règlement de fonctionnement de l'établissement l'obligation d'informer la direction de toute situation réelle ou supposée de maltraitance de la part des résidents comme des salariés.	R3 : Le courrier d'engagement dans la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance des personnes âgées ne reprend pas la définition de la maltraitance de 2022. R4 : La démarche de lutte contre la maltraitance n'est pas mentionnée dans le livret d'accueil. R5 : Le règlement de fonctionnement ne mentionne pas l'obligation d'informer la direction de toute situation réelle ou supposée de maltraitance de la part des résidents comme des salariés.	L'établissement a indiqué « Le courrier d'engagement de la direction sera actualisé comme demandé. Au CVS de l'automne 2022 le flyer ci-joint a été présenté et depuis lors il est affiché et diffusé dans toutes les unités. Le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement seront actualisés dans les meilleurs délais, après délibération du conseil d'administration du CAS VP. »	Aucun document n'a été transmis. La Mission prend note des travaux d'actualisation du livret d'accueil, du règlement de fonctionnement et du courrier d'engagement. Recommandation maintenue dans l'attente de la réception des documents actualisés.
R3	Formaliser une procédure relative aux situations de violences ou d'harcèlement sexuel.	R6 : L'établissement ne dispose pas de procédure spécifique aux situations de violences ou d'harcèlement sexuel.	L'établissement a indiqué « Cette procédure est formalisée en lien avec les services RH centraux (fiche ESPRI, cf. en annexe Reco 3) elle sera formalisée par le COPIL Qualité de l'EH PAD pour préciser sa déclinaison locale. »	L'établissement a transmis une « fiche de relevé d'événement du CASVP ». La Mission prend note de la formalisation en cours de la procédure spécifique aux situations de violences ou d'harcèlement sexuel. Recommandation maintenue dans l'attente de la transmission de la procédure.
R4	Formaliser un tableau de suivi des	R8 : Toutes les plaintes et réclamations de l'établissement ne	L'établissement a indiqué « Toutes les plaintes et réclamations sont enregistrées systématiquement en direction. Elles sont intégrées quantitativement, par	La Mission prend note des travaux d'enregistrement, de classification, d'analyse et de formalisation en place



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



	réclamations et des plaintes.	sont pas répertoriés dans le tableau de suivi dédié.	thématiques et par format au rapport d'activité annuel présenté au CVS. Le tableau exhaustif et détaillé doit faire l'objet d'une formalisation validée et partagée par le COPIL Qualité en lien avec les outils [REDACTED] du plan d'actions. »	cependant aucun document n'a été transmis. Recommandation maintenue dans l'attente de la transmission du système d'enregistrement des plaintes et réclamations.
R 5	Inclure dans le plan de développement des formations relatives : - Aux EI/EIG, - A la bientraitance et au repérage à la maltraitance. Transmettre à la Mission le document et le contenu de la formation.	R9 : Les plans de développement des compétences ne comportent pas de formations relatives aux EI. R14 : L'établissement n'a pas transmis le plan de développement de compétences N-1. R15 : Peu de professionnels ont été formés sur la bientraitance. R16 : Le plan de formation ne comporte pas de formation relative au repérage de la maltraitance	L'établissement a indiqué que « Ces formations seront assurées et formalisées dans le cadre du plan de formation 2026. »	L'établissement n'a pas communiqué de plan de formation. La Mission prend note de la formalisation du plan de formation. Recommandation maintenue dans l'attente de la transmission d'éléments de preuve.
R 6	Formaliser un protocole spécifique à l'accueil des nouveaux arrivants.	R17 : Il n'existe pas de protocole spécifique à l'accueil des nouveaux arrivants au sein de l'établissement.	L'établissement a indiqué que « Ce protocole spécifique existe, il est en cours d'actualisation. »	L'établissement n'a pas transmis de protocole spécifique à l'accueil des nouveaux arrivants. La Mission prend note des travaux de formalisation en cours. Recommandation maintenue dans l'attente de la transmission d'éléments de preuve.
R 7	Transmettre les plannings des équipes IDE de jour et de nuit.	R18 : Les plannings des équipes IDE de jour et de nuit n'ont pas été transmis.	L'établissement a indiqué que « Les plannings des IDE de nuit et de jour ont été transmis le 27/09/24 lors du contrôle sur pièces, ci-joint en annexe reco 7 les plannings 2025. »	L'établissement a transmis le planning IDE du mois de septembre 2025 pour l'équipe du matin et de garde. Le planning n'est pas légendé et ne permet pas d'identifier clairement les professionnels présents.

				Recommandation maintenue dans l'attente de la transmission d'un planning.
R 8	Transmettre la fiche de tâches heurées des ASO.	R19 : La fiche de tâches heurées des ASO n'a pas été transmise.	L'établissement a indiqué « Cette fiche est en cours d'actualisation. »	Aucune fiche de tâches heurées ASO n'a été transmis. La Mission prend note des travaux d'actualisation du document. Recommandation maintenue dans l'attente de la transmission d'éléments de preuve.
R 9	Formaliser une procédure relative à la gestion des absences inopinées	R21 : Il n'existe pas de procédure relative à la gestion des absences inopinées pour l'équipe soignante.	L'établissement a indiqué « Cette procédure sera actualisée en lien avec le déploiement actuel du logiciel [REDACTED] »	Aucune procédure relative à la gestion des absences inopinées n'a été transmise. La Mission prend note des travaux de formalisation en cours. Recommandation maintenue dans l'attente de la transmission de la procédure.
R 10	Procéder à la signature de l'annexe au contrat de séjour par les rédacteurs.	R23 : La procédure « annexe au contrat de séjour » n'est pas signée.	L'établissement a indiqué « Le contrat de séjour et son annexe sont en cours d'actualisation, s'agissant de l'annexe elle sera désormais systématiquement signée du rédacteur (psychologue et médecin traitant référent) et visa Direction et médecin coordonnateur. »	L'établissement n'a pas transmis de documents. La Mission prend note des travaux de formalisation en cours. Recommandation maintenue dans l'attente de la transmission de contrat de séjour actualisé.
R 11	Transmettre tout élément de preuve permettant d'évaluer le fonctionnement du système d'appels concernant la durée moyenne de réponse, nombre d'appels, fréquences des anomalies techniques.	R24 : L'établissement n'a pas transmis d'indicateurs permettant d'évaluer la qualité du système d'appels malade.	L'établissement a indiqué « Le prochain audit de fonctionnement du système d'appels malade est programmé avec le prestataire Foliateam pour novembre 2025, cet audit intégrera les résultats sur les indicateurs demandés »	La Mission prend note de l'audit prévue en novembre 2025. Recommandation maintenue dans l'attente de la transmission des résultats de l'audit.

