

Ville de Paris
Direction des solidarités
Sous-direction de l'autonomie
Affaire suivie par Frédéric Musso

Agence Régionale de Santé
Délégation départementale de Paris
Affaire suivie par : Christel Rougy

Lettre recommandée avec AR

N° 20192 925 41361

Cheffe du service des EHPAD,
Centre d'action sociale de la Ville de Paris
Sous-direction de l'autonomie
5, boulevard Diderot
75012 Paris

Saint-Denis, le 20 FEV. 2025

Madame,

Dans le cadre du plan national d'inspection et de contrôle des EHPAD, un contrôle conjoint a été réalisé au sein de l'EHPAD Résidence Hérold situé 60-74 rue du général Brunet 75019 PARIS, le 6 octobre 2023 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 18 novembre 2024 le rapport que nous a remis la mission d'inspection, comprenant deux injonctions, dix-neuf prescriptions et onze recommandations que nous envisageons de vous notifier.

Vous nous avez transmis le 22 janvier 2025 des éléments de réponse détaillés, ce dont nous vous remercions.

Nous notons que des corrections et des précisions ont été apportées concernant les mesures suivantes :

- Injonction 1 : Dans la perspective du recrutement d'un médecin coordonnateur nécessaire au maintien de la qualité des soins, transmettre les preuves de publication d'annonce de recrutement (journaux, pôle emploi, internet...).
- Injonction 2 : Apporter la preuve que des évaluations médicales sont réalisées lors de l'admission.
- Prescription 8 : Faire réaliser une évaluation externe et transmettre le rapport correspondant.
- Prescription 9 : Finaliser la mise en œuvre de la politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance.
- Prescription 11 : Faire une analyse de ce qui a conduit à un effectif de soignants inférieur à l'effectif cible en septembre 2023.
- Prescription 14 : Rédiger une procédure pour la réalisation des PAI.
- Prescription 16 : Transmettre les données indiquant qu'un suivi mensuel des pesées est réalisé pour chaque résident.

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

Aussi, vous vous notifiez à titre définitif quatorze prescriptions et neuf recommandations que vous trouverez en annexe au présent courrier.

Nous appelons votre attention sur la nécessité de transmettre à la Délégation départementale de Paris de l'ARS IDF [redacted] et à la Ville de Paris

[redacted] les éléments de preuve documentaire permettant la levée définitive de ces décisions.

Nous vous rappelons que l'absence de mise en œuvre, dans le délai imparti, des mesures correctrices enjointes peut être sanctionnée par application des dispositions des articles L. 313-14 et L.313-16 du code de l'action sociale et des familles par l'application de sanctions financières, la mise sous administration provisoire ou la suspension, la cessation ou la fermeture, totale ou partielle, de l'activité de l'établissement.

Un recours contentieux peut être formé devant le tribunal administratif dans les deux mois suivant la réception de la présente notification. Le tribunal administratif peut être saisi par l'application *Télérecours citoyens* accessible sur le site <https://citoyens.telerecours.fr>

Nous vous prions d'agréer, Madame, l'expression de notre considération distinguée.

Pour Le Directeur général
de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France
et par délégation

Le Directeur de la Délégation départementale de
Paris

[redacted]

Tanguy BODIN

Pour la Maire de Paris et par délégation,

L [redacted]

Copie :

[redacted]
Directrice par intérim
EHPAD « Résidence Hérold »
60-74 rue du général Brunet
75019 PARIS



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



ARS
Agence Régionale de Santé
Île-de-France



VILLE DE
PARIS

ANNEXE

Décisions prises dans le cadre du contrôle sur pièces à partir du 6 octobre 2023
au sein de l'EHPAD HEROLD situé 60-74 rue du général Brunet 75019 PARIS

	Informations envisagées	Ref. rapport	Réponse de l'établissement au contradictoire	Décision
1	Dans la perspective du recrutement d'un médecin coordonnateur nécessaire au maintien de la qualité des soins, transmettre les preuves de publication d'annonce de recrutement (journaux, pôle emploi, internet...). Voir aussi prescription 4.	1.2- Gouvernance-Management et Stratégie Ecart 5 : Le poste de médecin coordonnateur étant vacant, le temps de coordination n'est pas en conformité avec la réglementation en vigueur	Recherche de 0,3 ETP de médecin coordonnateur complémentaire et de 0,5 ETP de médecin prescripteur salarié et non pas vacataire. L'EHPAD avait répondu avec l'hôpital [REDACTED] pour un poste mutualisé ASP à l'AMI de mai 2024 de l'ARS : retour positif, mais désistement du médecin.	La mission prend bonne note des recherches effectuées. Injonction retirée
2	Apporter la preuve que des évaluations médicales sont réalisées lors de l'admission.	3.1- Prise en charge- Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie Ecart 19 : La procédure d'admission et le RAMA ne donnent aucune indication concernant les évaluations médicales (évaluation Norton, Braden, douleur, chutes, escarres, déglutition...) réalisées lors de l'admission. Remarque 17 : Le RAMA 2022 indique zéro pour le nombre d'avis du MedCo pour les admissions pour les années 2018 à 2022.	Selon notre circuit des admissions, une analyse médicale est réalisée en complément d'une analyse administrative du dossier, et une VPA est réalisée pour présenter la structure. Ces temps permettent au médecin et aux équipes présentes d'évaluer également la personne âgée.	Injonction retirée

Prescriptions envisagées	Ref. rapport	Reponse de l'établissement au contradictoire	Décision
1 Rédiger un nouveau plan bleu comprenant, a minima, la : - procédure en cas de rupture de flux (électricité, eau potable, ...) en prenant en compte le DARDE, - procédure de préparation et de gestion d'une évacuation de l'établissement, - procédure de rappel du personnel, - procédure de gestion des décès massifs, - procédure pour la mise en place du retour d'expérience (RETEX) et de mise à jour du plan.	1.2- Gouvernance-Management et Stratégie Ecart 1 : Le plan bleu transmis ne concerne que la canicule, ce qui n'est pas en accord avec l'instruction ministérielle DGS/VSS2/DGCS/SD3A /2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.	Mise à jour et présentation du plan bleu aux équipes, résidents, autorités.	Le plan bleu a été complété. Il manque la procédure pour la mise en place du retour d'expérience (RETEX) et de mise à jour du plan. Prescription maintenue pour cette partie. Délai : 1 mois
2 Transmettre la fiche de poste de direction et la lettre de mission.	1.2- Gouvernance-Management et Stratégie Ecart 2 : La fiche de poste transmise correspond au poste d'adjoint au directeur des ressources et non au poste de direction ce qui ne permet pas de vérifier la conformité à l'article L315-17 du CASF. Ecart 3 : L'établissement n'a pas transmis de lettre de mission pour le poste de direction ce qui ne permet pas de vérifier la conformité à l'article L315-17 du CASF.	Transmission de la fiche poste de direction et de l'arrêté de nomination de la directrice.	La lettre de mission n'a pas été transmise Prescription maintenue Délai : immédiat
3 Transmettre l'inscription à l'Ordre National des Infirmiers de l'IDEC.	1.2- Gouvernance-Management et Stratégie	Pièce 09 : inscription à l'ordre de l'IDEC, non transmise.	Prescription maintenue Délai : immédiat

4	Recruter un médecin coordonnateur et dans l'attente réorganiser les missions d'un médecin traitant salarié de l'établissement afin de garantir les missions de coordination selon l'article D312-158 du CASF, voir aussi inj. 1.	Ecart 4 : L'inscription à l'Ordre National des Infirmiers de l'IDEC n'a pas été transmise	Le médecin coordonnateur n'est pas encore recruté.	Prescription maintenue pour le recrutement du MedCo Délai : 6 mois.
5	Mettre à jour le règlement intérieur du CVS de façon que : - le nombre de représentants des professionnels et membres de l'équipe médico-soignante de l'EHPAD soit inférieur à celui des représentants des personnes accompagnées et des familles ou proches aidants et l'appliquer lors des prochaines réunions du CVS. - la composition précise les membres titulaires et les membres suppléants.	1.2- Gouvernance-Management et Stratégie Ecart 5 : Le poste de médecin coordonnateur étant vacant, le temps de coordination n'est pas en conformité avec la réglementation en vigueur. 1.3- Gouvernance-Animation et fonctionnement des instances Ecart 6 : La composition du CVS telle que mentionnée règlement intérieur du CVS n'est pas conforme, ce qui contrevient à l'article D.317-7 du CASF. Ecart 7 : Il n'existe pas de décision fixant la composition des membres titulaires et des membres suppléants, ce qui contrevient à l'article D.311-4 du CASF.	De nouvelles élections du CVS sont prévues en 2025 afin de renouveler les membres et représenter un nouveau règlement intérieur.	Prescription maintenue Délai : A l'élection du prochain CVS 2025.
6	Présenter le projet d'établissement au CSV. Transmettre les trois prochains compte-rendu datés et signés par le président du CVS.	1.3- Gouvernance-Animation et fonctionnement des instances Ecart 8 : Le CVS ne s'est pas réuni 3 fois en 2022, ce qui contrevient à l'article D.311-16 du CASF. Ecart 9 : Il n'est pas désigné de secrétaire de séance en début de réunion ce qui contrevient à l'article D.311-20 du CASF. Ecart 10 : Les comptes rendus des CVS ne sont pas datés ni signés par le président du CVS ce qui	A chaque réunion de CVS, le directeur demande si quelqu'un veut être secrétaire de séance, sans direction et envoyé ensuite aux membres, et l'ensemble des résidents et familles pour leur bonne information (+ affichage à l'accueil). Il y a eu 4 CVS en 2024, 4 autres sont prévus en 2025. La révision du PE 2025-2030 sera présentée lors d'un des CVS 2025.	Prescription maintenue pour : - La présentation du PE au CVS (Remarque 3) - Les comptes rendus des CVS ne sont pas datés ni signés par le président du CVS (Ecart 10). Délai : 2025

		contrevient à l'article D.311-20 du CASF Remarque 3 : Le projet d'établissement n'a pas été présenté au CVS		
7	Présenter le règlement intérieur du conseil de la vie sociale de l'établissement et le bilan des EI, EIG et dysfonctionnements au sein de l'EHPAD au prochain CVS. Transmettre le compte-rendu de cette réunion.	1.3-Gouvernance-Animation et fonctionnement des instances Ecart 11 : Le règlement intérieur du conseil de la vie sociale de l'établissement approuvé par délibération du conseil d'administration du CASVP du 16 décembre 2022 n'a pas été présenté au CVS lors de sa première réunion, ce qui contrevient à l'article D.311-19 du CASF. Ecart 12 : Il n'est pas présenté au CVS de bilan des EI, EIG et dysfonctionnements au sein de l'EHPAD, ni des mesures correctrices mises en place ce qui et contrevient à l'article R331-10 du CASF.	Il a été présenté en CVS de juin 2024, le résultat des enquêtes de satisfaction, en septembre 2024 le bilan des EI/EIG et les actions de corrections associées ainsi que les réclamations reçues et les actions de corrections associées. Un suivi des réclamations est tenu depuis 2024. Aussi, dans une démarche continue d'amélioration, une procédure est communiquée aux familles sur ce sujet.	Prescription maintenue pour la présentation du règlement intérieur au CVS (Ecart 11). Délai : A l'élection du prochain CVS 2025.
8	Faire réaliser une évaluation externe et transmettre le rapport correspondant.	1.4-Gouvernance-Gestion de la qualité Ecart 13 : La dernière évaluation externe a été réalisée en octobre 2014, ce qui contrevient à l'article D.312-204 du CASF.	L'EHPAD a réalisé son évaluation qualité HAS le 30 septembre et le 1 ^{er} octobre 2024 : le rapport de cette démarche a été transmis aux autorités, aux professionnels et usagers.	Prescription retrisée
9	Finaliser la mise en œuvre de la politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance préconiser dans le rapport d'évaluation externe de juillet 2014, notamment :	1.4-Gouvernance-Gestion de la qualité Ecart 14 : L'établissement n'a pas complètement mis en œuvre une politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance afin d'assurer une	L'EHPAD a mis en place un COPIL Bientraitance qui réunit l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire. Celui-ci a vocation à faire une cartographie des risques de maltraitance et ainsi proposer des actions de correction. En complément de ce COPIL, des formations bientraitances sont réalisées tous les mois par le binôme psychologue (jeux de rôle et mises en	Prescription retrisée La remarque 5 n'a pas été traitée (La lutte contre la maltraitance n'est pas mentionnée

	- Rédiger d'un protocole de signalements des actes de maltraitance, - Mettre en place un comité d'éthique inter-EHPAD, - Réviser le livret d'accueil en incluant une partie de la lutte contre la maltraitance, - Mettre en place des formations au repérage de la maltraitance.	qualité de la prise en charge des résidents à la suite du rapport d'évaluation externe de juillet 2014. Remarque 5 : La lutte contre la maltraitance n'est pas mentionnée dans le livret d'accueil. Remarque 12 : Il n'y a pas de formation au repérage de la maltraitance, ni de formation diplômante.	situations pour prévenir des situations de maltraitance).	dans le livret d'accueil), voir nouvelle recommandation 12.
10	Revoir la procédure de déclaration des EI/EIG en incluant : • Les situations de violence et de harcèlement sexuel. • Le Procureur de la République comme autorité à prévenir le cas échéant. • Les définitions des EI, EIG et EIGS. Transmettre la nouvelle procédure. Mettre en place des formations aux sujets de la déclaration des EI/EIG.	1.5-Gouvernance-Gestion des risques, des crises et des événements indésirables Ecart 15 : Il n'est pas fait de mention dans la fiche de traitement des EIG de la procédure de signalement au procureur de la République ce qui contrevient à l'article 40 du code de procédure pénale. Ecart 16 : La procédure de signalement d'un événement indésirable, et EIG ou d'une plainte ne propose pas une définition précise de l'événement indésirable ni de l'événement indésirable grave. Elle réduit l'EIG à l'EIGS. Remarque 6 : L'établissement n'a pas mis en place de procédure relative aux traitements des situations de violence et de harcèlement sexuel. Remarque 8 : Aucune formation portant sur le repérage et la distinction entre EI et EIG n'est programmée au plan de développement des compétences.	La procédure a été mise à jour et présentée aux équipes en réunions pluridisciplinaires. Des groupes de RETEX sont organisés selon les EI/EIG ; ils seront à systématiser en 2025 dans le cadre d'un COPIL qualité.	Le logigramme transmis ne peut tenir lieu de procédure de déclaration des EI/EIG. De plus, il n'inclut pas les demandes de la prescription (Les situations de violence et de harcèlement sexuel). • Le Procureur de la République comme autorité à prévenir le cas échéant. • Les définitions des EI, EIG et EIGS.) Prescription maintenue Délai : 1 mois.
11	Faire une analyse de ce qui a conduit à un effectif de soignants inférieur à l'effectif cible en septembre 2023, et mettre en place des actions pour éviter que cela se reproduise à l'avenir. Transmettre ce RETEX.	2.1-Fonctions support-Gestion des RH Ecart 17 : En septembre 2023, le nombre de soignant minimum ne correspond pas à l'effectif cible	Plus d'un an est passé entre septembre 2023 et aujourd'hui ne permettant pas de conduire ce RETEX. En revanche, une analyse de l'absentéisme et une réactivité des encadrants de soin permettant d'assurer la continuité des soins et d'atteindre les effectifs cibles de l'EHPAD. Une réorganisation des	Prescription retirée

	Mettre en place des mesures luttant contre l'absentéisme.	établit par l'établissement dans la fiche de « procédure gestion de l'absentéisme », ce qui fragilise la prise en charge des résidents et contrevient à l'article L 311-3 1° du CASF.	effectifs à la prise de poste et en lien avec le cadre infirmier est réalisé en systématique lorsque la situation d'un absentéisme non « anticipable » se présente. Aussi, afin de diminuer l'absentéisme, un travail sur les conditions de travail est réalisé par l'équipe pluridisciplinaire. De même l'EHPAD cherche à créer un pool de vacataires fixes et fidèles pour pallier l'absentéisme et assurer un accompagnement de qualité.	
12	Modifier les fiches de postes et/ou de tâches en différenciant clairement les ASO des AS et en respectant les compétences de chaque catégorie de professionnels (voir aussi recommandation 10).	2.1-Fonctions support-Gestion des RH Ecart 18 : Les AS et ASO exercent les mêmes missions alors que ces personnels ne disposent pas des mêmes qualifications, ce qui constitue un glissement de tâches. Remarque 15 : Les fiches d'organisation travail équipe AS/ASO matin et après-midi ne mentionnent pas les toilettes, soins, distributions de médicaments, surveillance de la déshydratation.	De nouvelles fiches de tâches des équipes soignantes ont été transmises.	Les fiches de tâches transmises ne distinguent toujours pas les tâches des AS de celles des ASO. Prescription maintenue Délai : 1 semaine
13	Elaborer et transmettre un programme prévisionnel de rattrapage de réalisation des PAI.	3.1-Prise en charge-Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie Ecart 20 : 64 résidents n'ont pas de PAI.	L'arrivée d'une psychologue des résidents et des familles à 0,5 ETP en juillet 2024 (absence de ce profil sur le 1 ^{er} septembre 2024) a permis de mettre à jour les PAP de l'EHPAD : avec une nouvelle procédure et un staff hebdomadaire relatif à la constitution des PAP (où 2 ou 3 PAP sont étudiés par séance, en lien avec l'équipe pluridisciplinaire et les AS référents).	Prescription maintenue dans l'attente d'un état d'avancement des PAP pour l'ensemble des résidents.
14	Rédiger une procédure pour la réalisation des PAI qui indique notamment : • Comment est pris en compte la participation active du résident, voire de ses proches à celui-ci. • Et la révision annuelle de chaque PAI.	3.1-Prise en charge-Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie Ecart 21 : Procédure PAI : les documents transmis ne permettent pas de garantir la participation effective du résident et des familles à la réunion de synthèse	La procédure a été mise à jour. Il est attendu en effet davantage de consultation et de présentation du PAP auprès des usagers (résidents et proches), de la constitution à sa réalisation. Une réunion famille à cette présentation est prévue afin de leur expliquer les objectifs de ce PAP et l'importance qu'il crée dans l'accompagnement du résident.	Prescription retirée

	Transmettre cette procédure	Remarque 18 : L'établissement n'a pas transmis de procédure pour la réalisation des PAI propre à l'établissement. Remarque 19 : La mission de contrôle n'a pas l'assurance que la révision chaque année des PAI est bien assurée.			
15	Procéder à une évaluation du système d'appel malade à la fin de la rénovation de celui-ci. Transmettre les indicateurs choisis et leur résultat.	3.1-Prise en charge-Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie Ecart 22 : L'établissement n'a pas transmis d'indicateurs d'évaluation de son système d'appel malade. 3.8-Prise en charge-Soins	Indicateurs de l'appels malades non transmis.	Prescription maintenue	Délai : A la fin de la rénovation du système d'appel malade
16	Transmettre les données indiquant qu'un suivi mensuel des pesées est réalisé pour chaque résident. Indiquer ce qui est réalisé pour la prise en charge des résidents en cas de dénutrition.	Ecart 23 : Les données fournies par l'établissement ne permettent pas de savoir s'il est organisé un suivi mensuel des pesées pour chaque résident, élément indispensable à la prévention de la dénutrition. Risques environnementaux - DASRI Ecart 24 : L'établissement ne dispose pas de convention de collecte des DASRI propre à l'établissement. Remarque 22 : L'établissement doit disposer des bordereaux de suivi de DASRI attestant de leur élimination (feuillelet N°1 rempli par le producteur, le collecteur et l'installation de traitement).	Un suivi mensuel des pesées est réalisé, sous la coordination de l'IDEC. Les pesées sont tracées sans TITAN (logiciel soins). Selon les résultats, un protocole est mis en place assuré par le MedCo et l'IDEC. Des CLAN sont réalisés 2 à 3 fois par an, sous le pilotage de la direction et MedCo.	Prescription retirée	
17	Transmettre une convention de collecte des DASRI propre à l'établissement et les bordereaux correspondants.	Risques environnementaux - DASRI Ecart 24 : L'établissement ne dispose pas de convention de collecte des DASRI propre à l'établissement. Remarque 22 : L'établissement doit disposer des bordereaux de suivi de DASRI attestant de leur élimination (feuillelet N°1 rempli par le producteur, le collecteur et l'installation de traitement).	Convention de collecte DASRI et des bordereaux de collecte non transmis.	Prescription maintenue	Délai : 1 mois
18	Transmettre une analyse Légionnelles sur le fond de ballon.	Risques environnementaux – Légionnelles Ecart 25 : L'établissement n'a pas fourni d'analyse sur le fond de ballon.	La demande a été réalisée auprès de la société en charge de ce réseau.	Prescription maintenue dans l'attente du résultat d'analyse.	Délai : 1 mois

19	Régler la température de l'eau chaude sanitaire en dessous de 50°C. Transmettre les analyses de température de contrôle après réglage.	Risques environnementaux – Eau chaude sanitaire Ecart 26 : Les analyses de températures montrent des températures supérieures à 50°C sur plusieurs points de prélèvement ce qui n'est pas conforme à la réglementation en vigueur.	La demande a été réalisée auprès de la société en charge de ce réseau.	Prescription maintenue dans l'attente des résultats d'analyse de température. Délai : 1 mois
----	---	---	---	--

Recommandations envisagées	Réf. rapport	Réponse de l'établissement au contradictoire	Décision
1 Compléter le règlement de fonctionnement afin d'y intégrer : -L'accueil des nouveaux professionnels et l'évaluation des pratiques professionnelles, -Les informations sur les droits fondamentaux de la personne âgée, les protections particulières légales et contractuelles dont il bénéficie, ainsi que sur les voies de recours, -La protection contre les violences. Transmettre ce nouveau règlement	1.2- Gouvernance-Management et Stratégie Remarque 1 : Le règlement de fonctionnement ne traite pas les points suivants : -L'accueil des nouveaux professionnels et l'évaluation des pratiques professionnelles, -Les informations sur les droits fondamentaux de la personne âgée, les protections particulières légales et contractuelles dont il bénéficie, ainsi que sur les voies de recours, -La protection contre les violences.	Un travail sera initié avec le groupement des 15 EHPAD du CASVP.	Recommandation maintenue
2 Présenter le projet d'établissement aux instances représentatives du personnel.	1.2- Gouvernance-Management et Stratégie Remarque 2 : Le projet d'établissement n'a pas été présenté aux instances représentatives du personnel	Les instances du personnel se tiennent à l'échelle des 15 EHPAD du CASVP, cela sera intégré dans les plannings et les ordres du jour des prochaines réunions 2025.	Recommandation maintenue
3 Sur la base des RETEX des EI, EIG, réclamations, évaluations interne et externe et des constations du personnel, rédiger et transmettre un PACQ.	1.4-Gouvernance-Gestion de la qualité Remarque 4 : Absence de PACQ au sein de l'établissement.	Celui-ci sera mis en place grâce à l'installation d'un COPIL Qualité en 2025 regroupant l'équipe pluridisciplinaire de l'EHPAD.	Recommandation maintenue
4 Mettre en place un registre de plainte à disposition des familles.	1.4-Gouvernance-Gestion de la qualité Remarque 7 : L'établissement n'a pas mis en place de registre de plainte.	Cela a été mis en place en 2024 et est reconduit de façon annuelle.	Recommandation retirée

5	Mettre à jour la procédure RETEX en mentionnant que les RETEX doivent permettre d'alimenter le PACQ.	1.4-Gouvernance-Gestion de la qualité Remarque 9 : La procédure fournie pour mener un RETEX n'indique pas que les RETEX doivent permettre d'alimenter le PACQ.	Les RETEX d'EI/EIG sont réalisés en réunion d'équipe en 2024 : un COPIL Qualité dédié permettra de structurer davantage cette démarche qualité et analyse des EI/EIG.	Recommandation maintenue
6	Mettre en place une mise à jour régulière des documents permettant le suivi des effectifs budgétaires, des effectifs réels, des postes vacants et recrutement en cours.	2.1-Fonctions support-Gestion des RH Remarque 10 : Les documents transmis ne permettent pas une vision claire des effectifs budgétaires et des effectifs réels, des postes vacants et des recrutements en cours.	Un tableau des effectifs (ETP Budgétés et ETP Réalisés) est mis à jour mensuellement ; une réunion revue des effectifs est organisée en chaque début de mois avec la gestionnaire RH, les cadres et la direction pour statuer sur les reconductions, recrutements, situation RH en cours.	Recommandation retirée
7	Changer la présentation du plan de compétence pour distinguer les formations externes des formations internes.	2.1-Fonctions support-Gestion des RH Remarque 11 : Le plan de développement des compétences ne distingue pas les formations externes des informations internes.	Le PF est constitué par le logiciel de formation FMCR (décrivant des formations individuelles, collectives, réglementaires et institutionnelles). Des temps de formations et sensibilisations sont réalisés selon un planning tenu par l'équipe encadrante pour faire des rappels sur les bonnes pratiques, les attendus par l'équipe et les partenaires selon les thématiques retenues. Aussi, l'EHPAD développe son CRT depuis fin 2024 : des formations à destination des professionnels se mettent en place avec le concours de la coordinatrice du CRT.	Recommandation maintenue dans l'attente du plan de compétence modifié.
8	Mettre à jour la fiche d'accueil d'un nouvel arrivant en précisant notamment : la visite des locaux, la présentation à l'équipe, les aspects pratiques : plannings, pauses, repas et ne précise pas si le nouvel arrivant est accompagné par un pair et s'il existe des groupes de soutien aux professionnels.	2.1-Fonctions support-Gestion des RH Remarque 13 : La fiche d'accueil d'un nouvel arrivant est partielle : il n'est pas précisé à qui s'adresse la fiche qui est floue et peu explicite en termes d'actions précises à accomplir. La fiche n'aborde pas la visite des locaux, la présentation à l'équipe, les aspects pratiques : plannings, pauses, repas et ne précise pas si le nouvel arrivant est accompagné par un pair et s'il existe des groupes de soutien aux professionnels.	Transmission du livret d'accueil Héroid, d'un nouveau professionnel.	Celui-ci n'a pas été modifié selon les indications de la recommandation. Recommandation maintenue

9	Modifier la présentation des plannings de façon à en faciliter la compréhension. Ajouter une légende pour la compréhension des codes couleur.	2.1-Fonctions support-Gestion des RH Remarque 14 : La présentation des plannings ne permet pas leur compréhension directe : La lecture du planning ne permet pas de repérer un cycle régulier de travail. La présence de cases blanches indique un rythme de deux, trois voire quatre jours entrecoupé d'une ou deux journées de repos. Des cases de couleur correspondant à des jours travaillés viennent modifier ce rythme sans qu'il soit possible d'en saisir la raison puisque le code couleur n'est pas compréhensible	Changement de présentation et trame 2025 pour le planning des soignants.	Recommandation retirée
10	Rédiger et transmettre une fiche de poste ASO (voir aussi prescription 10).	2.1-Fonctions support-Gestion des RH Remarque 16 : Le rôle des ASO et les missions qui peuvent leur être attribuées ne sont pas clairement définis.	Fiche de poste ASO transmise.	Celle-ci mentionne la notion de « soins complexes », sans plus de précisions. Cela laisse supposer que les ASO peuvent effectuer d'autres types de soins sans avoir reçu la formation correspondante.
11	Transmettre le RAMA 2024 comportant un bilan et une analyse relatifs aux contentions et un bilan relatif aux soins palliatifs.	3.8-Prise en charge-Soins Remarque 20 : L'établissement n'a pas fourni de bilan relatif aux contentions via le RAMA. et Remarque 21 : Le RAMA 2022 ne fait aucun bilan relatif aux soins palliatifs.	Constitution des RA 2024, dont le RAMA, sur le premier trimestre 2025. Il sera envoyé aux tutelles.	Recommandation maintenue
12	Réviser le livret d'accueil en incluant une partie de la lutte contre la maltraitance.	1.4-Gouvernance-Gestion de la qualité Remarque 5 : La lutte contre la maltraitance n'est pas mentionnée dans le livret d'accueil.		Recommandation maintenue
				Nouvelle recommandation, cf. prescription 9

