

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 Frédéric Musso

Agence Régionale de Santé
Délégation départementale de Paris
Affaire suivie par : Dahlia Elenga

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

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

Lettre recommandée avec AR
N°

Madame,

Comme annoncé dans le courriel du 19 juillet 2024, un contrôle sur pièces de l'EHPAD Sarah Weil Raynal (FINESS n°750721573) a été réalisé au titre du programme pluriannuel de contrôle des EHPAD, programme qui s'inscrit dans le cadre de l'orientation nationale d'inspection contrôle validée par le Conseil national de pilotage des ARS et des engagements de la Ville de Paris de renforcer les contrôles des EHPAD parisiens.

La mission d'inspection nous a remis son rapport dont vous trouverez un exemplaire ci-joint. Elle a pu relever les points positifs suivants :

Conformité aux conditions de l'autorisation :

- Le taux d'occupation le jour du contrôle est supérieur à 99%,
- Les répartitions et les proportions des GIR 1 à 3 et des GIR de 1 à 2 sont conformes à la réglementation.

Management et Stratégie :

- Le projet d'établissement et le règlement de fonctionnement sont conformes aux attendus réglementaires,
- Le trio de direction est effectif avec un directeur, un médecin coordonnateur (MEDEC) et un infirmier coordonnateur (IDEC) et est également à signaler la présence d'un médecin prescripteur,
- Le temps de présence du médecin coordonnateur est conforme aux attendus réglementaires,
- Une procédure d'astreinte administrative est en place.

Animation et fonctionnement des instances :

- Le conseil de la vie sociale (CVS) est institué au sein de l'établissement bien que son fonctionnement et sa composition ne soient pas conformes à la réglementation.

Gestion de la qualité et des risques :

- Un COPIL bientraitance est mis en place depuis le 17 juillet 2024,
- Les prestations extérieures sont évaluées et auditées par un prestataire extérieur.

Respect du droit des personnes :

- L'établissement a élaboré des protocoles pour la lutte contre la douleur et les soins palliatifs et de fin de vie.

Cependant, la mission de contrôle a formulé **dix-sept** écarts et **vingt-trois** remarques, notamment sur les points suivants :

Management et stratégie :

- Le projet d'établissement n'est ni daté ni signé, cela ne permet pas à la mission d'inspection de différencier d'un document de travail,
- Les annexes du plan bleu n'ont pas été transmises et une procédure de RETEX n'y est pas mentionnée.

Animation et fonctionnement des instances :

- Le CVS n'est pas systématiquement informé des événements indésirables (EI) et des dysfonctionnements de l'établissement.

Gestion de la qualité et des risques :

- Les plaintes et réclamations ne font pas l'objet d'un bilan,
- Il n'existe pas de formations relatives à l'identification des EI et sur la bientraitance,
- Le PACQ transmis ne prend pas en compte les mesures préventives suite à l'analyse de EI/EIG,
- La politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance n'est pas mentionnée dans le livret d'accueil,
- Le règlement de fonctionnement ne fait pas mention des situation réelle ou supposée de maltraitance de la part des résidents comme des salariés,
- Les salariés ne bénéficient de groupe d'analyse des pratiques professionnelles.

Fonctions support :

- Le plan de développement des compétences ne contient pas de formation sur le repérage de la maltraitance,
- Il n'existe pas de protocole d'accueil des nouveaux professionnels,
- La mission constate que l'effectif cible des IDE et des ASO/AS n'est pas atteint,
L'absence de différenciation des tâches d'aide-soignante, des ASO entraîne un glissement de tâches entre ces deux professions.

Aussi, compte-tenu de ces constats, nous envisageons de vous notifier **dix** prescriptions et **trois** recommandations figurant en **annexe** du présent courrier.

Dans le cadre de la procédure contradictoire prévue par les articles L. 121-1 et L. 122-1 du code des relations entre le public et l'administration, nous vous invitons à nous faire connaître vos observations sur chacune des mesures correctives envisagées dans un délai d'un mois à compter de la réception du présent courrier.

Nous vous remercions de bien vouloir adresser vos éléments de réponse par Bluefiles à la Délégation départementale de Paris [REDACTED]
courriel à la Ville de Paris

A l'issue du contradictoire, vous serez destinataire d'un courrier de décision dans lequel les mesures correctives seront levées ou maintenues en fonction de vos réponses. Sans réponse de votre part nous vous notifierons nos décisions définitives telles que figurant à l'annexe précitée.

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 :

Directrice
EHPAD Sara Weill-Raynal
180 rue Pelleport
75020 Paris

Annexe : Mesures envisagées dans le cadre du contrôle sur pièces réalisé le 19 juillet au sein de l'EHPAD CASVP Sara Weill-Raynal (FINESS n°750721573), situé au 180 rue Pelleport, 75020 Paris.

Prescriptions :

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Ref Rapport	Délai de mise en œuvre
Presc 1 1.2- Gouvernance-Management et Stratégie	Mettre en conformité les outils de pilotage et de management de l'établissement en transmettant : • Le règlement de fonctionnement daté et signé ; • Le projet d'établissement signé par l'organisme gestionnaire et validé par le CVS ; • Le plan bleu avec toutes les annexes attendues en y intégrant la procédure de RETEX.	Articles L311-7 et L311-8 CASF Instruction interministérielle N° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD.	Ecart 1 : Le règlement de fonctionnement ne comporte pas de signature conformément aux dispositions de l'article L311-7 CASF (règlement de fonctionnement, consultation CVS). Ecart 2 : Le projet d'établissement ne comporte pas de signature et n'a pas reçu la validation du CVS conformément à l'article L311-8 du CASF (contenu PE/PE tous les 5 ans). Ecart 3 : Les annexes du plan bleu n'ont pas été transmises et une procédure de RETEX n'est pas mentionnée dans ce dernier, ce qui contrevient aux prescriptions de l'instruction interministérielle N° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD.	1 mois

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
Presc 2 1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	Transmettre l'inscription ordinaire de l'IDEC.	Articles L. 4311-15 et D.4311-52-2 du CSP.	Écart 4 : L'établissement n'a pas transmis l'inscription ordinaire de l'IDEC, ce qui contrevient aux dispositions des articles L. 4311-15 et D.4311-52-2 du CSP.	1 mois
Presc 3 1.3- Gouvernance- Animation et fonctionnement des instances	Mettre en conformité le CVS en : • Complétant la composition des membres et respectant le nombre de siège affecté ; • Présentant le règlement intérieur au CVS, signé par son président ; • Procédant à la mise à jour des relevés de conclusion en précisant le secrétaire de séance ; • Distinguant, dans les relevés de conclusion, les membres titulaires, les suppléants ainsi que les membres invités ; • Indiquant dans les relevés de conclusion les points à l'ordre du jour et ceux faisant l'objet d'une consultation pour avis et ceux pour information, avec les votes correspondants ; • Informant le CVS de la survenue des EI et des dysfonctionnements graves au sein de l'établissement ; • Établissant un bilan annuel sur les plaintes et les réclamations ;	Articles D.311-5, D.311-16, D311-19, D311-20 et R331-10 du CASF.	Écart 5 : La composition du CVS n'est pas conforme à la réglementation, ce qui contrevient à l'article D311-5 du CASF. Écart 6 : Le règlement intérieur du CVS n'a pas été présenté dès sa première réunion, ce qui contrevient à l'article D311-19 du CASF. Écart 7 : En 2023, le CVS ne s'est pas réuni trois fois par an, comme le prévoit l'article D311-16 du CASF. Écart 8 : 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. Écart 9 : Le CVS n'est pas systématiquement informé des EI et des dysfonctionnements de l'établissement (Article R331-10 du CASF). Remarque 2 : Les CR du CVS sont incomplets et ne contiennent pas de distinction entre les membres titulaires, les suppléants et les membres invités. Les points à l'ordre du jour et ceux faisant l'objet d'une	3 mois

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Ref Rapport	Délai de mise en œuvre
	Réunissant le CVS au moins 3 fois par an.		consultation pour avis et ceux pour information, avec les votes correspondants. . . Remarque 3 : Le règlement intérieur du CVS ne précise pas l'obligation de présentation des dysfonctionnements et des événements indésirables. Remarque 10 : Les plaintes et réclamations ne font pas l'objet d'un bilan dans les CR des CVS et dans le rapport d'activité.	
Presc 4	1.4- Gouvernance- Gestion de la qualité	Article D.312-204 du CASF.	Écart 10 : La dernière évaluation externe date de 2014, ce qui contrevient à l'article D.312-204 CASF. Écart 11 : L'évaluation externe n'a pas été transmise aux autorités de contrôle ce qui contrevient à l'article L312-8 du CASF.	1 mois
Presc 5	1.5- Gouvernance- Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Article L. 331-8-1 du CASF.	Écart 12 : En ne déclarant pas aux autorités administratives compétentes la totalité des EI/EIG, l'établissement contrevient à l'article L. 331-8-1 du CASF. Écart 13 : La procédure de signalement des événements indésirables et des événements indésirables graves ne mentionne pas l'obligation de déclaration des situations de violence, de harcèlement sexuel, d'agression, et de maltraitance au Procureur de la République en référence à l'article 434-3 du code pénal.	3 mois



Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
	- Rédigeant et transmettant une procédure de signalement incluant les situations de violence, de harcèlement sexuel, d'agression, et de maltraitance ; - Transmettant des RETEX aux autorités de contrôle ; - Formant les professionnels à l'identification des EI ; - Transcrivant dans le PACQ les mesures correctives suite aux EI/EIG.		Remarque 9 : Il n'existe pas de procédure spécifique aux situations de violences, harcèlements sexuels ou d'agressions. Remarque 11 : Il n'existe pas de formations relatives à l'identification des EI. Erreur ! Signet non défini. Remarque 12 : Le PACQ transmis ne prend pas en compte les mesures préventives suite à l'analyse de EI/EIG. Remarque 13 : Tous les RETEX n'ont pas fait l'objet d'une transmission aux autorités de contrôle.	
Presc 6	1.4- Gouvernance- Gestion de la qualité Mettre en place une politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance en : - Incluant dans le livret d'accueil les dispositions relatives à la promotion de la bientraitance et à la lutte contre la maltraitance ; - Mentionnant dans le règlement de fonctionnement l'obligation d'informer la direction de toute situation réelle ou supposée de maltraitance de la part des résidents comme des salariés ; - En proposant à tous les salariés des formations sur le repérage de la		Remarque 5 : La politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance n'est pas mentionnée dans le livret d'accueil. Remarque 6 : 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. Remarque 8 : Peu d'agents ont bénéficié de formation sur la bientraitance. Remarque 17 : Le plan de développement des compétences ne contient pas de formation sur le repérage de la maltraitance. Remarque 18 : Le plan de développement de compétence comporte peu de formations diplômantes.	6 mois

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
Presc 7	maltraitance et sur la promotion de la bientraitance. Faire cesser les glissements de tâches entre les aides-soignants et les ASO. Transmettre les nouvelles fiches de tâches heures et les fiches de postes modifiées distinguant les missions des AS et ASO.	Article L311-3 1° du CASF.	Écart 15 : L'absence de différenciation des tâches d'aide-soignante, des ASO entraîne un glissement de tâches entre ces deux professions, ce qui contrevient l'article L311-3, 1° du CASF. Remarque 20 : La fiche de tâches AS/ASO ne permet pas de différenciation entre ces deux professions.	
Presc 8	Mettre en place une politique des ressources humaines en : • Sécurisant la stabilité des équipes par le recrutement du personnel pour atteindre le niveau attendu ; • Proposant des groupes de pratiques professionnelles aux salariés ; • Mettant à jour le tableau des effectifs, le fichier des soignants diplômé et en renseignant le tableau de bord ANAP ; • Transmettant la fiche de tâches des infirmières de nuit et les diplômes des soignants de nuit ; • Proposant des formations diplômantes aux salariés ; • mettant en place un plan de développement des compétences	Article L311-3 1° du CASF.	Écart 14 : La Mission constate que l'effectif cible des IDE et des ASO/AS n'est pas atteint, ce qui ne garantit pas la sécurité des personnes accueillies et contrevient à l'article L311-3, 1° du CASF. Remarque 7 : Les salariés ne bénéficient pas de groupe d'analyse des pratiques professionnelles. Remarque 14 : Le tableau des effectifs n'est pas à jour, les informations ne concordent pas avec la liste du personnel et l'organigramme. Remarque 15 : Les tableaux des effectifs ne font pas systématiquement apparaître les dates de début et fin de contrat. Remarque 16 : Le tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social n'a pas été renseigné par l'établissement.	1 mois

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Ref Rapport	Délai de mise en œuvre
	contenant des formations sur le repérage de la maltraitance.		Remarque 21 : La fiche de tâches heureées de l'infirmière de nuit n'a pas été transmise. Remarque 22 : Le tableau identifiant les soignants diplômés ne contient pas l'ensemble des professionnels intervenant la nuit.	
Presc 9	Réunir la commission gériatrique et transmettre les comptes rendus aux autorités de contrôle	Article 1 de l'arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionné au 3° de l'article D. 312-158 du CASF.	Écart 16 : La commission de coordination gériatrique ne s'est pas réunie en 2023 et aucun élément ne permet de connaître la tenue de cette dernière en 2024, ce qui contrevient à l'article 1 de l'arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles.	3 mois
Presc 10	Pour une meilleure prise en charge et un suivi qualitatif des soins des résidents l'établissement doit : • Rédiger et transmettre une procédure sur l'évaluation des chutes, des escarres, de la déglutition et la douleur ; • Mentionner dans la procédure d'admission la réalisation systématique d'une évaluation des chutes, des escarres, de la		Écart 17 : La Mission d'inspection constate que la moitié des résidents a un IMC en dessous des normes. Un critère de dénutrition est présent chez les 49% des résidentes, ce qui contrevient aux articles L311-3-3° CASF et D312-155-0 2° CASF (actions de prévention). Remarque 23 : Une évaluation des chutes, escarres, déglutition, douleur n'est pas clairement spécifiée dans la procédure d'admission.	1 mois

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Ref Rapport	Délai de mise en œuvre
	déglutition et des douleurs lors de l'arrivée d'un nouveau résident ; - Comptabiliser les contentions dans le RAMA ; - Transmettre les tableaux des suivis nutritionnels sur les 3 derniers mois ; - Transcrire systématiquement et immédiatement les informations recueillies lors de la survenue de situations d'urgence pour éviter les pertes de données ; - Augmenter le temps de présence des kinésithérapeutes.		Remarque 24 : Les contentions ne sont pas comptabilisées dans le RAMA. Remarque 25 : Les prescriptions des situations urgentes ne sont pas transcrites immédiatement, ce qui constitue un risque de perte d'informations. Remarque 26 : Le temps de présence hebdomadaire des kinésithérapeutes est insuffisant.	

Recommandations :

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Ref Rapport
Reco 1 (G) Management et Stratégie	Transmettre les plannings sur les astreintes techniques.	Remarque 1 : Il n'est pas précisé dans le planning d'astreinte administrative s'il est mis en place une astreinte technique.
Reco 2 (G) Gestion de la qualité	Mettre régulièrement à jour le PACQ.	Remarque 4 : La mise à jour régulière du PACQ n'est pas assurée.
Reco 3 (FS) Gestion des RH	Mettre en place et transmettre une procédure d'accueil de nouveaux salariés.	Remarque 19 : Il n'existe pas de protocole d'accueil des nouveaux professionnels, notamment au sein de l'équipe soignante.



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



●● Agence Régionale de Santé
Île-de-France

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Ref Rapport

