

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

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

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

Saint Denis, le

10 FEV. 2026

Lettre recommandée avec AR

N° 2 C 197 235 31395

Madame l'Adjointe à la sous-directrice,

Dans le cadre du plan national d'inspection et de contrôle des EHPAD, un contrôle sur pièces de l'EHPAD Sarah Weill-Raynal (FINESS n°750721573) a été réalisé le 19 juillet 2024 par l'Agence régionale de santé Île-de-France (ARS) 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 6 novembre 2025, le rapport que nous a remis la mission d'inspection, ainsi que dix prescriptions et trois recommandations que nous envisagions de vous notifier (cf annexe).

Vous nous avez transmis le 24 décembre 2025 des éléments de réponse détaillés, ce dont nous vous remercions.

Nous notons la transmission du rapport d'évaluation de l'EHPAD et nous vous annonçons le retrait de cette prescription.

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

Aussi, nous vous notifions à titre définitif **neuf** prescriptions dont une partiellement retirée et **trois** recommandations maintenues en annexe du 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 Île-de-France, [REDACTED]

et à la Ville de Paris, isoi-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'Adjointe à la sous-directrice, l'expression de notre considération distinguée.

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

Pour la Maire de Paris et par délégation,

La Directrice des Solidarités



Copie à :

Directrice
EHPAD Sara Weill-Raynal
180 rue Pelleport
75020 Paris

Annexe : Décisions faisant suite au contrôle sur pièces 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	Réponses de l'établissement	Analyse des documents	Décisions
P 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 RETEX.	Articles L311-7 et L311-8 CASF Instruction interministérielle N° DGS/ VSS2/DGC S/SD3A/20 22/258 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 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD.	- Une nouvelle version du règlement de fonctionnement et du contrat de séjour de l'établissement sera appliquée en janvier 2026 : avis en CVS du 23/10/2025 et passage en conseil d'administration en décembre 2025. (CR CVS et nouvelles versions règlement de fonctionnement + contrat de séjour sur blue files), - Le projet d'établissement sur la période 2026-2030 va être remis à jour, avec la nouvelle équipe de direction constituée et complète depuis l'été 2025. Le sujet sera porté au 1er CVS de janvier 2026 et ceux qui suivront, puis en groupe de travail 2026. - Le plan bleu est mis à jour annuellement au 30/05/N et envoyé aux tutelles.	Une version projet de règlement de fonctionnement a été transmise. Il a été présenté au CVS au 25/10/2025, mais les modalités de vote ne sont pas précisées dans le CR (effectivité du quorum votes favorables, défavorables, absentions). La mission ne peut donc pas s'assurer du mode opératoire. Les annexes du plan bleu n'ont pas été transmis à la date de l'inspection.	Prescription maintenue. Transmettre le plan bleu actualisé intégrant toutes les annexes ainsi que le projet d'établissement et le règlement de fonctionnement finalisés et validés par l'organisme gestionnaire et le CVS. Délai : 3 mois

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réf Rapport	Réponses de l'établissement	Analyse des documents	Décisions
P 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.	L'équipe d'encadrement soin est constituée de Mme [REDACTED]	La mission prend note du recrutement d'une cadre de soin et d'une directrice adjointe aux soins. Toutefois, l'établissement n'a pas transmis les qualifications de la cadre de santé et les inscriptions ordinaires.	Prescription maintenue . Transmettre les diplômes et les inscriptions ordinaires. Délai : 1 mois
P 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 ;	Articles D.311-5, D.311-16, D.311-19, D.311-20 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	Des nouvelles élections réalisées en juin 2025 : conformité, PV d'élection, membres du CVS et CR du CVS d'installation du 23/10/2025 EI et plaintes dans le CVS le 09/04/2025. Point qualité (plaintes + EI) mis en systématique dans les ordres du jour du CVS Calendrier prévisionnel 2026 du CVS : 3 dates partagées.	La mission constate d'après les PV que sont élus : 2 représentants titulaires des personnes accueillies, 2 représentants titulaires et 2 suppléants des professionnels. La composition demeure non conforme à la réglementation. La lecture des CR ne fait pas apparaître la présentation du règlement intérieur aux membres. Les CR ne sont toujours pas signés par le président et ne précisent pas le secrétaire de séance, les points faisant l'objet d'un	Prescription maintenue . Transmettre les documents demandés. Délai : 3 mois

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réf Rapport	Reponses de l'établissement	Analyse des documents	Décisions
	• 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 ; • Etablissant un bilan annuel sur les plaintes et les réclamations ; • Réunissant le CVS au moins 3 fois par an.		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 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.		vote, ceux pour informations et les votes correspondants. Néanmoins, les membres sont identifiés, les EI, plaintes et réclamations survenus en 2024 ont fait l'objet d'une présentation en réunion. L'établissement n'a transmis que deux CR pour l'année 2025, la mission ne peut s'assurer que le CVS s'est réuni 3 fois.	

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Ref Rapport	Réponses de l'établissement	Analyse des documents	Décisions
P 4 1.4- Gouvernance -Gestion de la qualité	Réaliser transmettre l'évaluation de la HAS aux autorités de contrôle.	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.	Au moment du contrôle sur pièces en juillet 2024, l'évaluation externe était prévue le 5 et 6 septembre 2024.	L'évaluation a été réalisée et le rapport transmis.	Prescription retirée.
P 5 1.5- Gouvernance -Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Mettre en place une politique de gestion et signalement des EI/EIG en : • Déclarant aux autorités de contrôle (Ville de Paris et ARS) tous les EI/EIG ; • Mentionnant dans la procédure de signalement EI/EIG l'obligation de déclaration des situations de violence, de harcèlement sexuel, d'agression, et de maîtrance au Procureur de la République en	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 maîtrise au Procureur de la République en référence à l'article 434-3 du code pénal. Remarque 9 : Il n'existe pas de procédure spécifique aux situations de violences,	Procédure connue et partagée en continue en CODIR / POINTS SOINS. Remise à jour dans la nouvelle version du projet d'établissement.	L'établissement n'a pas apporté la preuve de la mise en place d'une politique de gestion et de signalement des EI/EIG. En 2025, un seul EI/EIG a été déclaré à la Ville de Paris et à l'ARS. D'après le CR envoyé par mail d'un « staff soins » du 23/10/2025, un point concernant la procédure, l'incitation à déclaration et de la communication d'un EI a fait l'objet d'un échange au MEDCO, à l'IDEC, la psychologue, aux IDE, aux AS et aux membres de la direction, mais qui n'associe pas	Prescription maintenue Transmettre les documents demandés procédures rédigées et révisées : RETEX, PACQ et preuves de la formation de tous les agents. Délai : 1 mois



Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Rol Rapport	Réponses de l'établissement	Analyse des documents	Décisions
	référence à l'article 434-3 du code pénal ; • 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.		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.		tous les professionnels de l'EH PAD.	
P6 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		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	Procédure connue et partagée en continu en CODIR / POINTS SOINS. Remise à jour dans la nouvelle version du projet d'établissement.	L'établissement n'a pas transmis de livret d'accueil ni la preuve de la formation de tous les agents au repérage de la maltraitance et sur la promotion de la bientraitance.	Prescription maintenue Transmettre les documents actualisés.



Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réf Rapport	Reponses de l'établissement	Analyse des documents	Décisions
	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 ;		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.		Le règlement de fonctionnement reste une version projet.	Délai : 3 mois
P7	2.1-Fonctions support- Gestion des RH Faire cesser les glissements de tâches entre les aides-soignants et les ASO. Transmettre les nouvelles fiches de	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.		L'établissement n'a pas apporté de réponse.	Prescription maintenue. Transmettre les documents demandés.



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Ref Rapport	Reponses de l'établissement	Analyse des documents	Décisions
	tâches heures et les fiches de postes modifiées distinguant les missions des AS et ASO.		Remarque 20 : La fiche de tâches AS/ASO ne permet pas de de différenciation entre ces deux professions.			Délai : 1 mois
P8 2.1-Fonctions support- Gestion des RH	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 diplômés et en renseignant le tableau de bord ANAP ; • Transmettant la fiche de tâches des	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	L'effectif cible est atteint quotidiennement selon le cadre de fonctionnement [Redacted]	L'établissement n'a pas transmis les documents concernant les fiches de tâches des IDE et AS de nuit, le plan de développement des compétences, le fichier des soignants diplômés. En l'absence de la transmission de plannings, la mission ne peut s'assurer que l'effectif cible est bien atteint.	Prescription maintenue partiellement. Transmettre les fiches de tâches des IDE et AS de nuit, les diplômes des AS, les 3 derniers plannings. Transmettre également le tableau ANAP dès que possible. Délai : 1 mois

Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réf Rapport	Réponses de l'établissement	Analyse des documents	Décisions
	infirmières de nuit et les diplômés des soignants de nuit ; - Proposant des formations diplômantes aux salariés ; - Mettant en place un plan de développement des compétences contenant des formations sur le repérage de la maltraitance.		été renseigné par l'établissement. Remarque 21 : La fiche de tâches horaires 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.	pratique est réalisée une fois par semaine par la psychologue des professionnels, en groupe de 4 (cafèchanges du mardi). - Le point soins réalisé une fois par semaine permet de recenser et traiter les derniers EI et de refaire des points de formation. - Le tableau de la performance ANAP sera renseigné en janvier 2026. - Organigramme, tableau des RH, exemple de CR du point soins du jeudi.		
P 9 3.1-Prise en charge-Organisation de la prise en charge de	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 commissio	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	Cette réunion est prévue au 1er trimestre 2026.		Prescription maintenue dans l'attente de la transmission du compte-rendu de la



Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réf Rapport	Réponses de l'établissement	Analyse des documents	Décisions
l'admission à la sortie		n de coordination n gériatrique mentionné au 3° de l'article D. 312-158 du CASF.	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.			prochaine réunion et du calendrier prévisionnel de 2026 Délai : 3 mois.
P10 3.8-Prise en charge-Soins	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 déglutition et des douleurs lors de		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. Remarque 24 : Les contentions ne sont pas comptabilisées dans le RAMA. Remarque 25 : Les prescriptions des situations urgentes ne sont pas transcrites immédiatement, ce	Procédures demandées transmises via bluefiles : un suivi de notre équipe d'encadrement des soins. A la VPA : rencontre systématique avec le médecin, le cadre infirmier et la psychologue, permettant une évaluation complète de la personne âgée. Interclan réalisé le 11/12/2025. Les prescriptions sont réalisées en systématiques, de l'organisation de l'établissement permet une présence médicale 4 jours minimum, avec 2 médecins prescripteurs et 1 médecin coordonnateur.	Les procédures indiquées n'ont pas été transmises à la mission.	Prescription maintenue. Transmettre les documents demandés. Délai : 3 mois



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Ref Rapport	Réponses de l'établissement	Analyse des documents	Décisions
	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.		qui constitue un risque de perte d'informations. Remarque 26 : Le temps de présence hebdomadaire des kinésithérapeutes est insuffisant.	2 kinésithérapeutes interviennent à titre libéral, sous prescription médicale l'équivalent de 2 jours par semaine.		



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



Recommandations :

	Thèmes et Sous-Thème /GAS	Mesure envisagée	Réf Rapport	Analyse des documents	Décisions
R 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.	L'établissement a une astreinte administrative 365 jours. Selon les problématiques qui surviennent : un tableau à jour des sociétés techniques est accessible pour les contacter en urgence et leur demander une intervention.	Recommandation maintenue . Transmettre les plannings des astreintes actualisés.
R 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.	L'établissement n'a pas transmis de PACQ actualisé.	Recommandation maintenue . Transmettre les éléments de preuve.
R 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.	La mission note que l'établissement conduit une réflexion dans la mise en place d'un protocole d'accueil des nouveaux salariés.	Recommandation maintenue .

