

-
- Exemple n°

RAPPORT

Audit sur la gestion et le traitement des remontées et signalements dans les EHPAD du territoire parisien

- Décembre 2022 -

N° 22-03

Rapporteurs :

[.....], inspectrice,

[.....], auditrice

Précédents rapports IG sur un sujet voisin
N° 19-08 -Les besoins des personnes âgées en perte d'autonomie, août 2021
N°04-02- Mission relative à l'exercice de contrôles du Département de Paris sur les établissements sociaux et médico-sociaux, juin 2005

Autres rapports
Rapport d'information de la commission des affaires sociales du Sénat n° 771 « Le contrôle des EHPAD » 12 juillet 2022
Rapport de mission IGAS n°2022-016-R et IGF n°2022-M-012-07 sur la gestion des EHPAD du groupe Orpéa- Mars 2022
Rapport de la Cour des Comptes et des chambres régionales et territoriales des comptes- La prise en charge médicale des personnes âgées en EHPAD- Communication à la commission des affaires sociales du Sénat- Février 2022
Mission « flash » sur la place et le rôle des proches des résidents en EHPAD- Commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale - Mars 2022
Mission « flash » l'EHPAD de demain- Commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale - Mars 2022
Mission « flash » la gestion financière des EHPAD- Commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale - Mars 2022
Mission « flash » sur les conditions de travail et la gestion des ressources humaines dans les EHPAD- Commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale -mars 2022
Rapport du Défenseur des Droits- Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD- Avril 2021
Rapport n°2005-179 de l'Inspection Générale des Affaires Sociales- Evaluation du dispositif de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées mis en œuvre par les services de l'Etat dans les établissements sociaux et médico-sociaux- Mars 2006

SOMMAIRE

NOTE DE SYNTHÈSE	3
INTRODUCTION	7
1. LE CADRE JURIDIQUE APPLICABLE AU SIGNALEMENT EN EHPAD	10
1.1. Les dispositions légales et réglementaires du code de la santé publique (CSP) et du code de l'action sociale et des familles (CASF) instaurent un cadre complexe de signalement des événements indésirables pour les EHPAD dans le cadre de la prise en charge des personnes âgées	10
1.1.1. Le signalement obligatoire des événements indésirables graves associés à des soins (EIGS) et infection associée aux soins (IAS) se fait directement à l'ARS via un portail dédié ...	10
1.1.2. Le signalement de tout dysfonctionnement grave susceptible d'affecter la prise en charge des usagers est obligatoire auprès de l'ARS et du Département.....	11
1.2. Le cadre juridique relatif à la protection des personnes âgées vulnérables établi par le code civil et le code pénal.....	13
1.2.1. Un tiers des résidents en EHPAD parisiens bénéficie d'une mesure de protection juridique sans incidence spécifique sur leur prise en charge.....	13
1.2.2. La répression pénale est accrue s'agissant des actes de maltraitance commis à l'égard des personnes vulnérables et s'agissant de l'absence de dénonciation de ces faits.....	15
2. ÉTAT DES LIEUX DES EHPAD PARISIENS	19
2.1. Panorama des EHPAD parisiens : une prédominance du secteur privé et des établissements de taille contrastée	20
2.2. Les signalements aux autorités de contrôle proviennent majoritairement des directions d'EHPAD, avec des disparités s'agissant des autorités destinataires	23
2.2.1. Un volume global de signalements en baisse sur la période 2018-21 mais en nette hausse en 2022	24
2.2.2. Des taux de signalements disparates mais qui restent faibles, plus importants pour l'ARS	31
3. LE RECUEIL DES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES SE HEURTE À DE MULTIPLES DIFFICULTÉS	35
3.1. Une terminologie protéiforme qui diffère selon les autorités de contrôle, entraînant une confusion	35
3.2. Un risque avéré de sous-déclaration	39
3.2.1. La réticence à déclarer.....	39
3.2.2. Des difficultés amplifiées pour les situations de maltraitance	40
3.2.3. Des obstacles à la remontée interne des EI.....	41
3.2.4. Les personnels ne sont pas suffisamment formés à la déclaration des EI	48
3.3. Les autorités de tarification et de contrôle et les OG des EHPAD ne s'investissent pas suffisamment à travers les CPOM dans une démarche qualité qui prenne en compte la remontée des événements indésirables	51
3.4. Le recueil des réclamations et plaintes des résidents et de leurs familles est lacunaire	52
3.4.1. Une absence de mode opératoire de remontée des réclamations des résidents et de leurs familles pour la Ville et un suivi inégal selon les autorités de contrôle	52
3.4.2. Des procédures de remontée des réclamations peu formalisées dans les établissements	54

3.4.3.	Les signalements des résidents doivent être facilités	55
3.4.4.	Le 39 77 : un dispositif qualifié en termes de lutte contre la maltraitance insuffisamment accessible aux résidents.....	59
3.4.5.	La création d'une CRIPPAH prématurée pour l'ensemble des EHPAD parisiens.....	62
4.	LE TRAITEMENT DES PLAINTES ET SIGNALEMENTS POSE LA QUESTION DE L'APPRECIATION DE LEUR GRAVITE EN VUE DE LA TRANSMISSION AUX AUTORITES DE CONTRÔLE VIA DES CANAUX À SIMPLIFIER	63
4.1.	Des procédures internes de traitement des événements indésirables variables selon les organismes gestionnaires	63
4.1.1.	L'évaluation collégiale des signalements est une bonne pratique généralisée dans les EHPAD parisiens.....	63
4.1.2.	La caractérisation de la gravité des EI constitue une des difficultés les plus importantes pour les établissements dans le processus de remontée aux autorités de contrôle, avec un pilotage plus ou moins adapté de l'OG.....	64
4.2.	Le respect des délais légaux en termes de transmission des signalements aux autorités de contrôle est aléatoire.....	66
4.2.1.	Des délais de traitement interne du signalement disparates selon les OG	66
4.2.2.	Les délais de transmission	66
4.3.	La transmission des dysfonctionnements graves et EIGS aux autorités de contrôle est également limitée par la confusion des autorités de contrôle et la multiplicité des boîtes structurelles et des destinataires dédiés aux diverses remontées.....	67
4.3.1.	La multiplicité des boîtes mails destinataires des signalements renforce la confusion des EHPAD dans la transmission des signalements.....	67
4.3.2.	Les établissements utilisent plusieurs boîtes pour transmettre un même signalement	70
4.3.3.	La base de données DSOL doit être revue et professionnalisée.....	71
4.3.4.	La coordination des autorités de contrôle doit être renforcée pour assurer un traitement efficace des signalements	72
4.3.5.	La Ville doit développer son accompagnement qualité auprès des EHPAD	73
5.	LE SUIVI DES SIGNALEMENTS ET LA PRISE EN CHARGE DU RÉSIDENT ET DE SES PROCHES ...	75
5.1.	Améliorer le suivi des réclamations des résidents et de leurs familles	75
5.1.1.	Des procédures plus ou moins formalisées selon les établissements.....	75
5.1.2.	Les résidents des EHPAD victimes d'infractions pénales ne bénéficient pas des dispositifs de prise en charge adaptées à destination des personnes âgées de plus de 75 ans vivant à domicile	75
5.1.3.	Il n'existe pas de culture homogène de résolution amiable des conflits avec les familles	76
5.2.	Renforcer les contrôles en lien avec l'ARSIF et en faire un outil d'amélioration de la démarche qualité	77
5.2.1.	Les inspections doivent être renforcées et leur exploitation modifiée.....	77
5.2.2.	L'analyse des pratiques doit être renforcée pour inscrire la démarche qualité dans le fonctionnement des EHPAD	81
	PILOTES ET CONTRIBUTEURS DES RECOMMANDATIONS	85
	LISTE DES RECOMMANDATIONS	88
	TABLE DES TABLEAUX, GRAPHIQUES ET ILLUSTRATIONS	90
	LISTE DES ANNEXES	92

Note de synthèse

La mission dresse une évaluation du recueil, du traitement et du suivi des remontées et signalements à l'égard des personnes âgées accueillies dans les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD) parisiens. Elle propose un certain nombre de recommandations pour améliorer ce dispositif. Il convient de préciser que la mission s'appuie notamment sur les réponses de 61 EHPAD au questionnaire qui leur a été adressé et de 11 visites au sein d'entre eux, complétées par l'envoi de données plus ou moins détaillées selon les établissements. L'audit a été plus poussé auprès des EHPAD du CASVP qui ont répondu à 94% au questionnaire et auprès desquels cinq entretiens ont été menés, ce qui a amené les auditrices à formuler des constats plus détaillés les concernant.

Le présent rapport synthétise les grandes lignes de la législation en vigueur s'agissant des obligations de signalement des dysfonctionnements graves et EIGS, des évolutions récentes en terme de protection juridique des personnes vulnérables ainsi que de la législation pénale réprimant les actes commis à l'égard des personnes âgées vulnérables et des obligations de dénonciation des faits les concernant pour les professionnels en contact avec elles. Il dresse un panorama des EHPAD parisiens puis fait état de la sous-déclaration des signalements en EHPAD en exposant les obstacles aux remontées internes des signalements (manque de formation des personnels, absence de culture de la traçabilité notamment), et souligne les difficultés propres au recueil des réclamations des résidents et de leurs proches. La mission s'est ensuite attachée à comprendre les obstacles éventuels à la remontée des signalements aux autorités de contrôle (difficulté à apprécier la gravité, filtre des OG, confusion quant aux autorités de contrôle et dénonciation d'une bureaucratisation rampante liée au signalement) avant de préconiser un certain nombre de recommandations pour améliorer le suivi des réclamations des résidents et développer les outils nécessaires à l'amélioration de la démarche qualité (inspections, analyses des pratiques notamment), seule clé d'appropriation de la culture de la déclaration par les EHPAD qui doivent y trouver une aide des autorités de contrôle en retour.

Prendre la mesure de l'ensemble des risques associés aux événements signalés en EHPAD

L'état des lieux démontre que les EHPAD parisiens ne déclarent pas suffisamment aux autorités de contrôle les événements indésirables qui surviennent en leur sein. Pourtant, cette sous-déclaration génère plusieurs risques majeurs pour la Ville :

- risque opérationnel : événements non déclarés, dysfonctionnements non corrigés, récurrence des incidents et dysfonctionnements ;
- stratégique : risque d'image et de déconsidération des services dans un contexte où l'opinion publique est particulièrement sensibilisée sur ces sujets ;
- juridique : mise en cause de la responsabilité de la Ville s'agissant d'un public vulnérable pour lequel la protection est renforcée ; confusion des responsabilités dans un secteur où les compétences sont partagées entre la DSOL et l'ARS.

Cette sous-déclaration est alimentée par plusieurs facteurs : la déclaration est perçue comme une contrainte chronophage avec un sentiment de stigmatisation pour les personnels, suscitant parfois un phénomène d'omerta. Cette perception, de même que la difficulté à apprécier la gravité de l'événement, peut être partagée par les directions d'établissements. Pour lutter contre la sous-déclaration des signalements- qui est renforcée par la complexité du cadre réglementaire en vigueur s'agissant de la déclaration des dysfonctionnements graves et des événements graves liés aux soins (EIGS)- le rapport préconise de mieux accompagner les établissements dans le déploiement des mesures permettant d'améliorer

la qualité de la prise en charge de leurs résidents. Cette préconisation générale se décline en plusieurs séries de recommandations qui s'articulent autour des trois grands axes suivants :

Développer la prévention auprès de tous les publics nécessite de mettre en place une détection efficiente par l'instauration d'une culture de la déclaration des événements indésirables et de leur traçabilité. Cet objectif passe par des exigences de formation des personnels des EHPAD à la déclaration des événements indésirables (EI). Parallèlement, des actions d'information et de sensibilisation, adaptées aux différents publics fréquentant les EHPAD (résidents, proches, soignants, encadrants) doivent être mises en œuvre. A ce titre, les établissements, devront veiller à mettre à jour l'ensemble des documents (les livrets d'accueil et contrats de séjour notamment) permettant aux résidents et à leurs proches d'avoir accès facilement à la connaissance de leurs droits, aux coordonnées des personnes ressources, préalables à l'exercice effectif de ces droits. Les établissements doivent également sensibiliser les résidents et leurs proches à la déclaration des EI par des campagnes régulières de communication adaptées aux différents publics des EHPAD.

Le traitement des EI doit être professionnalisé. Pour une détection plus efficiente, les rapporteurs font un certain nombre de propositions pour doter la Direction des Solidarités (DSOL) de meilleurs outils de travail. Il s'agit tout d'abord de l'outil de suivi des signalements, actuellement un tableau Excel, qu'il conviendrait de transformer, le cas échéant avec l'aide de la DSIN, en un outil plus fiable et professionnel participant à la mise en place d'une réelle culture de la traçabilité des EI (nature, origine du signalement, récolement avec les données ARS et alerte sur les délais, notamment de clôture). Il en va de même pour l'opérateur du Département, le CASVP devant se doter d'un tableau de suivi des EI déclarés par ses 15 établissements, outil inexistant à ce jour. Au titre des bonnes pratiques professionnelles, la mission attire également l'attention sur le fait que le CASVP doit veiller à ce que les CODIR de ses EHPAD associent les MEDCO¹ et à défaut de MEDCO, l'IDEC², car contrairement aux autres organismes gestionnaires d'EHPAD, le personnel de santé (et non pas simplement l'adjoint aux soins) ne participe pas au CODIR où sont notamment évalués les EI. Cette professionnalisation nécessite également, dans le cadre de la réorganisation de la DASES et du CASVP au sein de la DSOL, que le CASVP travaille en synergie avec les chargés de suivi des EHPAD de la DSOL sur le récolement des dysfonctionnements graves (couramment appelés EIG) et EIGS, afin d'éviter toute déperdition dans les signalements transmis par les EHPAD du CASVP aux autorités de contrôle.

La professionnalisation du traitement des événements indésirables nécessite par ailleurs, pour la Ville, de simplifier le circuit de suivi des dysfonctionnements graves en retravaillant avec l'ARSIF les circuits de signalement aux deux autorités de contrôle (protocole d'organisation, notamment pour le suivi des dysfonctionnements graves relevant des deux autorités, formalisation des comptes rendus de réunions périodiques sur les signaux sensibles). Ceci permettrait de pallier à un cadre réglementaire complexe, de faciliter l'accompagnement des établissements par les chargés de suivi dans la résolution des difficultés rencontrées et de diffuser la culture du signalement.

Elle implique également de structurer le signalement autour de canaux multiples en appliquant le cadre réglementaire (présentation des EIG en CVS notamment) et en mettant en réseau les différents acteurs de l'EHPAD (CVS, PQ, associations d'écoute, association de résidents et de leurs familles). La question de la création d'une cellule de recueil des

¹ Médecin coordonnateur

² Infirmier coordonnateur

informations préoccupantes dédiée aux personnes âgées a été examinée par la mission qui en a conclu, à ce stade, que si cette plate-forme pouvait être utile pour les personnes âgées du territoire qui vivaient à domicile, avec ou sans structure d'aide ou de soins associée, le cadre institutionnalisé de l'EHPAD n'était pas nécessairement adapté au fonctionnement d'une telle cellule. En effet, les auditrices ont constaté que des dispositifs d'écoute et d'aide aux personnes âgées étaient à leur disposition, la difficulté résidant plutôt dans leur accès concret à un téléphone ou à une personne ressource, cette problématique rejoignant très largement la mission menée par Jean-Marie DELARUE concomitamment au présent audit. À ce titre, intégrer le 3977 (géré par l'association ALMA Paris sur le territoire) au dispositif de recueil et de traitement des signalements dans les EHPAD est une option qui a été choisie par nombre de départements d'Ile-de-France et sur laquelle la mission ne s'est pas positionnée, s'agissant des mesures à décliner dans le plan d'action de la DSOL. Toutefois, un renforcement des liens avec la Ville est apparu nécessaire à la mission.

La démarche qualité doit être renforcée. La mission de suivi et d'accompagnement des EHPAD n'est pas pleinement assumée par la Ville à ce jour, qui consacre beaucoup de ses moyens à l'exercice de la mission de tarification. Aussi, le rapport préconise que la question du traitement des dysfonctionnements graves soit contractualisée dans les CPOM. La DSOL doit instaurer un dialogue avec les EHPAD parisiens qui ne se limite pas à la tarification et développer sa démarche qualité en s'appuyant sur les chargés de suivi d'établissements. À ce titre, la mission a pu constater que le très important travail de suivi mis en place par la Ville durant la crise sanitaire à l'égard des EHPAD a permis de conforter les liens entre les établissements et les chargés de suivi. Toutefois, la différence de répartition des portefeuilles des agents (secteur géographique pour la crise Covid, par organisme gestionnaire (OG) pour le suivi habituel des EHPAD), la multiplicité des établissements (et des structures de soins à domicile) et des missions à assurer n'a pas permis de maintenir ce lien dans la durée.

Les inspections d'EHPAD étaient peu nombreuses jusqu'en 2022 faute d'effectifs dédiés. Un recrutement d'agents du Département est en cours depuis mars 2022 afin de renforcer l'exercice de ces missions. Cela suppose de les y former afin d'être en mesure d'apporter des conseils aux EHPAD. La mission s'est toutefois interrogée sur la pratique pour la Ville de Paris, de mener des missions d'inspection seule, sans l'ARS. Après analyse, les auditrices préconisent de privilégier les inspections conjointes (ce qui ne signifie pas que certaines inspections ne pourront pas être menées seule par la Ville) et de professionnaliser les agents dédiés à l'exercice des missions de contrôle et d'inspection au sein de la DSOL. Par ailleurs, la mission préconise que l'équipe actuelle des cinq chargés de suivi d'établissement dédiée aux EHPAD et aux résidences autonomie soit renforcée et professionnalisée pour assurer un meilleur suivi des EHPAD.

Pour conforter ou engager les démarches qualité, les auditrices recommandent de systématiser l'analyse des pratiques par la multiplication des RETEX et RMM qui sont des temps d'échange entre professionnels sur l'analyse de cas pratiques. L'aide de la Staraqs³ à

³ Les structures régionales d'appui à la qualité et à la sécurité des soins ont pour mission réglementaire d'aider les professionnels de santé à analyser les événements indésirables graves associés aux soins (EIGS). En Île-de-France, la structure d'appui régionale à la qualité et à la sécurité des prises en charge (Staraqs) apporte son soutien méthodologique aux structures, en réponse à une demande directe ou formulée via le portail national. Pour les établissements de santé, cette aide se fait sur site lors de revues de morbi-mortalité intra ou inter-établissements pour les parcours de soins complexes. Pour les structures médico-sociales, il s'agit davantage d'un accompagnement dans l'analyse approfondie des causes et l'élaboration des plans d'action. La Staraqs apporte également son expertise aux managers lors de la survenue de situations particulières nécessitant un soutien externe (communication interne, gestion de crise, informations des résidents...). En 2018, 40 démarches

L'ARS peut également constituer un appui utile pour les établissements. La création d'un comité d'éthique pour les EHPAD du CASVP est par ailleurs suggérée.

Améliorer la démarche qualité doit également signifier de mieux accompagner les personnes âgées victimes et leurs proches en cas d'EIG les affectant. Les auditrices préconisent que la Ville se dote d'un dispositif de recueil des réclamations et qu'il apporte, au-delà d'un premier accusé de réception, une réponse complète au traitement de chacune d'elles. Elles recommandent également de veiller à l'application des mesures instaurées par le Schéma Départemental d'Aide aux Victimes (SDAV) en EHPAD, même si ce public n'a pas été considéré initialement comme prioritaire, pour qu'un accompagnement juridique et psychologique du résident victime puisse lui être proposé le cas échéant, et ce en l'absence d'assistante sociale en EHPAD. Il conviendrait également d'insuffler une culture de la résolution amiable des conflits, toutes les directions n'y étant pas sensibles au vu des entretiens menés par la mission en établissement. Il s'agit de prendre en considération les mécanismes psychiques des familles de résidents (culpabilité, société non préparée à la mort) et de travailler sur la résolution amiable du conflit (accompagnement du médecin lors de la remise du dossier médical du résident par exemple). Les auditrices considèrent également que la victime et/ou ses proches doivent être régulièrement informés du traitement de leur réclamation.

Les rapporteurs rappellent qu'au-delà de leurs recommandations qui s'appuient sur un diagnostic du recueil, du traitement et du suivi des signalements en EHPAD, il revient également au cadre normatif national d'évoluer sur certains aspects, notamment la fixation de certaines normes d'inspection, aujourd'hui quasiment inexistantes.

En conclusion, les rapporteurs estiment que tant le contexte sociétal que l'engagement de la plupart des personnels rencontrés dans la lutte contre la maltraitance, doivent permettre d'engager un dialogue entre les différents acteurs afin que soit co-construit au sein de la DSOL un plan d'action relatif au recueil, au traitement et au suivi des signalements dans les EHPAD parisiens, associé à une cartographie des risques actualisée.

d'appui ont été réalisées (dont 31 visites sur site), représentant 11% des déclarations reçues par l'agence régionale de santé d'Île-de-France (ARS). Depuis sa création en 2016, la Staraqs travaille en collaboration étroite avec le centre d'analyse des risques et participe à la formation des référents EIGS des huit directions départementales de l'ARS. Cette démarche de coordination, inscrite dans la confiance, permet de fluidifier et d'optimiser le circuit de traitement des EIGS au niveau régional. Elle poursuit l'objectif initial d'améliorer la qualité des analyses et des plans d'action se traduisant dans la rédaction des volets 2 du formulaire de déclaration sur le portail national. Source : site ARS IdF

INTRODUCTION

La Maire de Paris a demandé à l'Inspection générale, par lettre de mission du 28 mars 2022, de mener un audit portant sur la gestion et le traitement des remontées et signalements dans les EHPAD situés sur le territoire parisien (Annexe 1).

L'objet de l'intervention de l'Inspection générale a donc consisté dans un premier temps à identifier les dispositifs mis en place par la Ville de Paris pour recevoir ces signalements et y répondre, avant de conduire une analyse de ces dispositifs (évaluation de la gravité, évolution du nombre de signalements, délais de réponse et actions mises en œuvre notamment) afin de faire toute recommandation de nature à améliorer les procédures en vigueur.

La mission dont est saisie l'Inspection générale s'inscrit dans le contexte national de mise en cause de plusieurs établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) appartenant au secteur privé à but lucratif, [.....] - notamment suite aux révélations du journaliste Victor Castanet dans son livre « *Les Fossoyeurs* » paru en janvier 2022 - [.....]. Ces éléments ont suscité une indignation et une inquiétude légitimes, notamment au sein des familles ayant un parent hébergé en EHPAD.

Les membres des phrases qui précèdent ont été occultés conformément aux dispositions du Code des relations entre le public et l'administration, relatif à la communication des documents administratifs.

Cet audit porte sur **les années 2018 à 2021** et concerne les signalements des établissements, et notamment les EIGS et les dysfonctionnements graves à remonter obligatoirement aux autorités de contrôle, mais aussi les réclamations, plaintes et signalements divers émanant des résidents, de leurs familles, voire du personnel des EHPAD. La mission évalue ces dispositifs en fonction de la catégorie, du nombre de signalements, de leur gravité telle qu'appréciée par les établissements et des délais de réponse -lorsque ces données sont disponibles- ainsi que des actions mises en œuvre pour faciliter le recueil, le traitement et le suivi de ces signalements. Elle propose des pistes d'organisation nouvelle et des mesures d'amélioration sur ces points, et notamment pour les réponses apportées aux résidents et à leurs familles. S'agissant de l'année 2020, s'il avait été initialement prévu de l'exclure de l'audit, il apparaît que le nombre des signalements n'apparaît pas si différent des années précédentes en dépit de la crise sanitaire. Toutefois, cet événement exceptionnel est pris en considération par la mission dans l'analyse des données. Certaines données relatives au début de l'année 2022 y seront également évoquées afin d'apprécier l'évolution récente des dits signalements eu égard au contexte national précédemment rappelé.

Paris compte 7 879 places pour résidents dans les 79 EHPAD de son territoire : 2 059 places relèvent du secteur public, dont 1 963 gérées par le CASVP dans le cadre de 15 établissements. Les autres relèvent du secteur privé (à but non lucratif : 31 établissements, 3 155 places, et à but lucratif : 32 établissements, 2 665 places).

Sur l'ensemble de ces établissements, la Ville de Paris partage avec l'ARS Ile de France, la compétence de tarification et de contrôle. Elle doit garantir aux résidents, ainsi qu'à leurs familles, des conditions d'accueil et de sécurité optimale.

Le présent rapport concerne l'ensemble des EHPAD géographiquement situés sur le territoire parisien ainsi que les cinq EHPAD du CASVP situés extra-muros, dans les départements de Seine Saint-Denis⁴, Hauts de Seine⁵, Val de Marne⁶, Aisne⁷.

Consciente de ses responsabilités dans ce domaine et des risques encourus, et concomitamment à la présente mission d'audit, la Direction des Solidarités a initié dès février 2022 une opération de contrôle de l'ensemble des EHPAD parisiens, en lien avec l'ARS. Jean-Marie DELARUE a pour sa part été missionné sur l'accès aux droits des personnes accueillies dans les EHPAD parisiens. Les deux missions ont pu échanger sur leur travail respectif aux mois d'avril, juin et juillet 2022.

Les rapporteurs se sont notamment appuyés dans leurs constats et dans leurs recommandations sur **un travail documentaire**, étant précisé qu'une mission récente de l'Inspection Générale (août 2021) s'était par ailleurs penchée sur les besoins des personnes âgées (PA) en perte d'autonomie et avait préconisé la présente mission. Plusieurs rapports nationaux ont par ailleurs été rendus récemment : sur la prise en charge médicale des personnes âgées hébergées en EHPAD (Cour des Comptes) et les droits fondamentaux des mêmes personnes (Défenseur des Droits), mais aussi plus généralement sur la situation des EHPAD, comme en témoignent les rapports d'information de l'Assemblée Nationale rendus publics en 2018 et 2022, leur contrôle (rapport d'information de la commission des affaires sociales du Sénat publié en juillet 2022) ainsi que sur la situation particulière des EHPAD du groupe Orpée⁸.

Ils ont également exploité **les données transmises par la direction des Solidarités (DSOL anciennement DASES) et l'ARS Ile-de-France** s'agissant de leur suivi des EIG, EIGS, plaintes et signalements sur la période considérée. Il convient notamment de souligner les réserves émises par les auditrices dans le rapport quant à la fiabilité de la base de données DSOL.

Les auditrices se sont également fondés sur **la conduite de onze entretiens semi-directifs** menés avec les directions⁹ de cinq EHPAD gérés par le CASVP, deux relevant du secteur associatif et quatre du secteur privé lucratif. Au sein des établissements, les auditrices ont également mené un entretien avec des aides-soignantes et assisté à une analyse des pratiques (RMM) suite à la survenue d'un événement indésirable dans un EHPAD du CASVP (Annexe 2).

Un questionnaire a par ailleurs été adressé à l'ensemble des 79 EHPAD situés sur le territoire parisien (Annexe 4). Il comprend des questions fermées et des questions ouvertes, portant sur l'identification des événements indésirables, leur détection, les modalités de signalement aux autorités de contrôle, le traitement, les suites données et les mesures de contrôle, l'accompagnement des résidents et de leurs familles en cas d'EIG les affectant. 61 établissements, soit 77% d'entre eux y ont répondu, dont 75 % des établissements privés à but lucratif, 71% des établissements privés à but non lucratif et la quasi-totalité des établissements publics (94%). Au total, les établissements répondants comptabilisent 76% des places dans les EHPAD parisiens. Ces établissements représentent 20 organismes

⁴ EHPAD Arthur Groussier situé à Bondy

⁵ EHPAD Galignani situé à Neuilly-sur-Seine

⁶ EHPAD Cousin de Méricourt situé à Cachan et EHPAD Harmonie situé à Boissy Saint Léger

⁷ EHPAD François Ier situé à Villers Cotterêts

⁸ La mission conjointe de l'IGAS et de l'IGF sur les EHPAD du groupe Orpée a examiné, outre les questions de tarification, les modalités de signalement et le suivi des faits de maltraitance signalés par les proches des résidents et les professionnels et les actions développées pour les prévenir, en dialogue avec les résidents et leurs familles ainsi qu'avec le personnel. Son rapport définitif a été remis le 28 mars et publié le 5 avril 2022.

⁹ Certains directeurs ont préféré recevoir seul les auditrices, d'autres y ont associé leur direction régionale, d'autres encore ont associé leurs personnels (MEDCo, IDEC, adjoints) le plus souvent à la demande des auditrices. Seul un EHPAD du secteur associatif n'a pas accédé à cette demande.

gestionnaires (OG) sur les 32 enregistrés (soit 63% des OG). Au-delà des réponses fournies par les établissements, cet échantillonnage large a permis de disposer d'une documentation fournie, notamment des procédures, protocoles en vigueur sur la remontée et le traitement des EI, de même que sur les réclamations et plaintes lorsque ces procédures ou protocoles existent, des livrets d'accueil et contrats de séjour remis aux résidents, ainsi que, au-delà de la « Charte nationale des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance », les différentes chartes ou engagements de prise en charge et/ou de bientraitance, utilisées par les établissements.

La mission souligne que les réponses au questionnaire sont purement déclaratives et que les documents joints à l'appui des réponses (par exemple les livrets d'accueil, contrats de séjour, procédures internes de signalement des EI) ne permettent d'en attester qu'une partie. Il convient de rappeler que l'audit a été plus poussé auprès des EHPAD du CASVP qui ont répondu à 94% au questionnaire avec l'envoi de documents détaillés et auprès desquels cinq entretiens ont été menés, ce qui a amené les auditrices à formuler des constats plus détaillés les concernant.

Parallèlement, **des entretiens** ont eu lieu avec l'élue en charge des seniors et des solidarités entre les générations, la secrétaire générale adjointe en charge de la qualité des services rendus aux Parisiens et la chargée de mission aux affaires sociales du SG. Plusieurs entretiens ont été menés à la DSOL à la sous-direction de l'autonomie ainsi qu'au CASVP, notamment au sein du service aux personnes âgées, et à la DRH). Les auditrices ont également rencontré des représentants de plusieurs associations de familles de résidents en EHPAD, des personnalités qualifiées désignées par l'arrêté n°2018-079 pris en application de l'article L311-5 du CASF, et des représentants de l'association Alma Paris qui gère le 3977 dans la capitale. Un entretien avec l'ARS a également permis d'apprécier les modalités d'articulation des compétences avec la Ville. Les auditrices se sont également entretenues avec les rapporteurs de l'IGAS ayant travaillé sur la mission Orpéa (Annexe 2).

1. LE CADRE JURIDIQUE APPLICABLE AU SIGNALEMENT EN EHPAD

1.1. Les dispositions légales et réglementaires du code de la santé publique (CSP) et du code de l'action sociale et des familles (CASF) instaurent un cadre complexe de signalement des événements indésirables pour les EHPAD dans le cadre de la prise en charge des personnes âgées

1.1.1. Le signalement obligatoire des événements indésirables graves associés à des soins (EIGS) et infection associée aux soins (IAS) se fait directement à l'ARS via un portail dédié

L'ordonnance n°2017-51 du 19 janvier 2017 a introduit un article L1413-14 au code de la santé publique qui dispose : « Tout professionnel de santé, établissement de santé ou établissement et service médico-social ayant constaté soit une infection associée aux soins, dont une infection nosocomiale, soit tout événement indésirable grave associé à des soins, dans le cadre de soins réalisés lors d'investigations, de traitements, d'actes médicaux y compris à visée esthétique ou d'actions de prévention en fait la déclaration au directeur général de l'agence régionale de santé. ». L'EIGS se distingue ainsi de l'IAS. La Haute Autorité de Santé (HAS) la définit ainsi : « Une infection est dite associée aux soins si elle survient au début ou à la fin de la prise en charge d'un patient (diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive, éducative, opératoire) par un professionnel de santé. »¹⁰. On parle d'infection nosocomiale (IN) lorsqu'elle a été contractée dans un établissement de santé. Les IN font partie des IAS et les données relatives aux IS sont recueillies par la HAS. La DSOL n'évoque jamais les IAS dans ses fiches de procédure relatives au signalement des événements indésirables car elle n'est pas censée en être destinataire, au même titre que pour les EIGS. Le CASVP définit dans sa fiche de procédure l'IAS comme une « infection associée aux soins inattendue ou inhabituelle soit de par sa nature soit de par les caractéristiques de l'infection ».

En application de ces dispositions législatives, le décret n°2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients a introduit les articles R 1413-67 à R 1413-73¹¹ au code de la santé publique (CSP) s'agissant des modalités de déclaration des événements graves indésirables associés aux soins (EIGS).

¹⁰ Elle est définie telle quelle lorsque la période d'incubation de l'agent infectieux est supérieure à 48 heures. Les infections post-opératoires, sont considérées comme associées aux soins lorsqu'elles surviennent dans les 30 jours suivant une intervention implantologique (mise en place de prothèse ou matériel prothétique). Ne rentrent pas dans la définition des IAS les infections asymptomatiques et les infections déjà présentes lors du premier contact avec le système de santé.

¹¹ « Art. R. 1413-67. - Un événement indésirable grave associé à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements, d'actes médicaux à visée esthétique ou d'actions de prévention est un événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale. »
« Art. R. 1413-69. - I. - La déclaration mentionnée à l'article R. 1413-68 est composée de deux parties.
«II. - La première partie est adressée sans délai par l'une des personnes mentionnées à ce même article. Elle comporte :
«1° La nature de l'événement et les circonstances de sa survenue ;
«2° L'énoncé des premières mesures prises localement au bénéfice du patient et en prévention de la répétition d'événements de même nature ;
«3° La mention de l'information du patient et, le cas échéant, de sa famille, de ses proches ou de la personne de confiance qu'il a désignée.
«III. - La seconde partie est adressée au plus tard dans les trois mois par le représentant légal de l'établissement de santé ou de l'établissement ou du service médico-social où s'est produit l'événement, ou par le professionnel de santé déclarant. Elle comporte :
«1° Le descriptif de la gestion de l'événement ;

1.1.2. Le signalement de tout dysfonctionnement grave susceptible d'affecter la prise en charge des usagers est obligatoire auprès de l'ARS et du Département

L'obligation de signaler faite aux gestionnaires et professionnels des établissements et services sociaux et médico-sociaux concerne aussi des faits et dysfonctionnements susceptibles de mettre en danger la personne âgée, dont les cas de maltraitance présumés. Elle s'applique à tous les établissements médico-sociaux et aux services notamment d'aide et de soins à domicile dans le secteur de l'action sociale et du médico-social ainsi qu'aux lieux de vie et d'accueil des personnes âgées.

Ces structures et services doivent informer **sans délai** les autorités compétentes qui leur ont délivré leurs autorisations de fonctionnement. Les conditions de signalement des faits survenus en EHPAD au préjudice des personnes âgées sont définies par :

-La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 a introduit un article L331-8-1 au code de l'action sociale et des familles (CASF) qui dispose : *« Les établissements et services et les lieux de vie et d'accueil informent sans délai, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, les autorités administratives compétentes pour leur délivrer l'autorisation prévue à l'article L. 313-1 ou pour recevoir leur déclaration en application des articles L. 321-1 et L. 322-1 de tout dysfonctionnement grave dans leur gestion ou leur organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits et de tout événement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées. »*

-Le décret n° 2016-1813 du 21 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2017 complète ainsi ces dispositions légales¹².

«2° Les éléments de retour d'expérience issus de l'analyse approfondie des causes de l'événement effectuée par les professionnels de santé concernés avec l'aide de la structure régionale d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients mentionnée à l'article R. 1413-74;

«3° Un plan d'actions correctrices comprenant les échéances de mise en œuvre et d'évaluation.

¹² Art. R. 331-8. - Sans préjudice des déclarations et signalements prévus par d'autres dispositions législatives et, le cas échéant, du rapport à l'autorité judiciaire, le directeur de l'établissement, du service, du lieu de vie ou du lieu d'accueil ou, à défaut, le responsable de la structure transmet à l'autorité administrative compétente, sans délai et par tout moyen, les informations concernant les dysfonctionnements graves et événements prévus par l'article L. 331-8-1. Lorsque l'information a été transmise oralement, elle est confirmée dans les 48 heures par messagerie électronique ou, à défaut, par courrier postal.

«Cette transmission est effectuée selon un formulaire pris par un arrêté des ministres de la justice et de l'intérieur et des ministres chargés du logement, des personnes âgées, des personnes handicapées, de la protection de l'enfance et de la santé. Cet arrêté précise la nature des dysfonctionnements et événements dont les autorités administratives doivent être informées ainsi que le contenu de l'information et notamment la nature du dysfonctionnement ou de l'événement, les circonstances de sa survenue, ses conséquences, ainsi que les mesures immédiates prises et les dispositions envisagées pour y mettre fin et en éviter la reproduction.

«L'information transmise ne contient aucune donnée nominative et garantit par son contenu l'anonymat des personnes accueillies et du personnel.

«Toute information complémentaire se rattachant au dysfonctionnement ou à l'événement déclaré fait l'objet d'une transmission à l'autorité administrative dans les mêmes conditions.

« Art. R. 331-9. - En cas d'événement indésirable grave associé à des soins, la déclaration au directeur général de l'agence régionale de santé prévue aux articles L. 1413-14 et L. 1413-15 du code de la santé publique vaut information de cette autorité au titre de l'article L. 331-8-1 du code de l'action sociale et des familles. Lorsque la structure concernée par cet événement relève d'une autre autorité administrative compétente¹², le directeur ou, à défaut, le responsable de la structure doit également l'en informer dans les conditions prévues à l'article R. 331-8.

« Art. R. 331-10. - Le conseil de la vie sociale de l'établissement, du service, du lieu de vie ou du lieu d'accueil concerné ou, à défaut, les groupes d'expression prévus au 1° de l'article D. 311-21 sont avisés des dysfonctionnements et des événements mentionnés à l'article L. 331-8-1 qui affectent l'organisation ou le fonctionnement de la structure. Le directeur de l'établissement, du service, du lieu de vie ou du lieu d'accueil ou, à défaut, le responsable de la structure communique à ces instances la nature du dysfonctionnement ou de l'événement ainsi que, le cas échéant, les dispositions prises ou envisagées par la structure pour remédier à cette situation et en éviter la reproduction.»

-L'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales complète ces dispositions réglementaires en précisant la nature des dysfonctionnements graves et des événements dont les autorités administratives doivent être informées et le contenu des informations qui doivent leur être transmises. Un modèle de formulaire de transmission de ces informations y est annexé (Annexe 5) :

Art. 1er.¹³ - Les dysfonctionnements et événements mentionnés à l'article L. 331-8-1 du code de l'action sociale et des familles relèvent des catégories suivantes:

- 1° *Les sinistres et événements météorologiques exceptionnels;*
- 2° *Les accidents ou incidents liés à des défaillances d'équipement techniques de la structure et les événements en santé environnement;*
- 3° *Les perturbations dans l'organisation du travail et la gestion des ressources humaines;*
- 4° *Les accidents ou incidents liés à une erreur ou à un défaut de soin ou de surveillance;*
- 5° *Les situations de perturbation de l'organisation ou du fonctionnement de la structure liées à des difficultés relationnelles récurrentes avec la famille ou les proches d'une personne prise en charge, ou du fait d'autres personnes extérieures à la structure;*
- 6° *Les décès accidentels ou consécutifs à un défaut de surveillance ou de prise en charge d'une personne;*
- 7° *Les suicides et tentatives de suicide, au sein des structures, de personnes prises en charge ou de personnels;*
- 8° *Les situations de maltraitance à l'égard de personnes accueillies ou prises en charge;*
- 9° *Les disparitions de personnes accueillies en structure d'hébergement ou d'accueil, dès lors que les services de police ou de gendarmerie sont alertés;*
- 10° *Les comportements violents de la part d'usagers, à l'égard d'autres usagers ou à l'égard de professionnels, au sein de la structure, ainsi que les manquements graves au règlement du lieu d'hébergement ou d'accueil qui compromettent la prise en charge de ces personnes ou celle d'autres usagers;*
- 11° *Les actes de malveillance au sein de la structure.*

S'agissant de ces 11 catégories réglementaires caractérisant un dysfonctionnement grave, les auditrices souhaitent rappeler à ce titre qu'il convient de **distinguer clairement ce qui relève du traitement des dysfonctionnements graves de ce qui relève des difficultés du personnel liées aux conditions de travail**. En effet, les catégories 3 et 5 dudit arrêté font état de perturbations dans l'organisation du travail ou du fonctionnement de l'EHPAD **en ce qu'il a pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées**, et non pas des personnels. Les auditrices ne mésestiment pas la tâche très difficile des directions et des personnels des EHPAD dans la prise en charge quotidienne des personnes âgées dépendantes et les difficultés de recrutement qui perturbent le fonctionnement de leur établissement. Toutefois, le signalement des dysfonctionnements graves ne peut pas intégrer les difficultés du personnel en lieu et place de celles des résidents, ce qui serait contraire à l'esprit de la loi (cf partie 3.2.2.2).

¹³ L'article 2 du dit arrêté détaille les éléments que doit contenir l'information aux autorités de contrôle : date, nature, circonstances de l'événement, mesures immédiates prises, dispositions envisagées, suites administratives ou judiciaires, notamment.

Tableau 1 : Les catégories d'EIG et les autorités de contrôle destinataires

Catégories d'EIG à déclarer aux autorités de contrôle	Autorité de contrôle destinataire des déclarations
EIGS	ARS
EIAS	ARS
Dysfonctionnement grave	ARS - DSOL

Source : IG

L'ARS Ile-de-France doit être destinataire des trois catégories d'évènements indésirables graves, EIGS, EIAS et dysfonctionnement grave. La DSOL, au titre des compétences départementales de la Ville de Paris, est destinataire des dysfonctionnements graves seulement.

Il est souligné que concernant les dysfonctionnements graves, la terminologie communément utilisée par l'ARS et la DSOL dans leurs outils de suivi respectifs diffère. L'ARS utilise le terme d'EI, la DSOL utilise le terme d'EIG. L'ARS peut par ailleurs procéder à des reclassements après analyse des situations. La mission n'a pas pu déterminer si les reclassements effectués par l'ARS, faisaient l'objet d'une information ou discussion avec la DSOL et induisaient une actualisation de sa propre base de données (cf 3.1).

1.2. Le cadre juridique relatif à la protection des personnes âgées vulnérables établi par le code civil et le code pénal

1.2.1. Un tiers des résidents en EHPAD parisiens bénéficie d'une mesure de protection juridique sans incidence spécifique sur leur prise en charge

La maladie, le handicap, l'accident peuvent altérer les facultés d'une personne et la rendre incapable de défendre ses intérêts. Le juge des tutelles peut alors, soit en cas d'altération médicalement constatée des facultés mentales d'une personne, soit en cas d'altération de ses facultés corporelles entravant sa capacité à exprimer sa volonté, décider d'une mesure de protection juridique par laquelle une autre personne aide la personne vulnérable à protéger ses intérêts. Le degré de protection juridique dépend des facultés de la personne à protéger (habilitation judiciaire pour représentation du conjoint, habilitation familiale, sauvegarde de justice, curatelle, tutelle).

A Paris, s'agissant des 73 EHPAD situés intra-muros, et qui dépendent donc du contrôle du juge des tutelles parisien, 30 % des résidents bénéficient d'une mesure de protection juridique.

Tableau 2 : Répartition des résidents des EHPAD intra-muros bénéficiant d'une mesure de protection juridique au 31/12/2020

	Nombre	%
Personnes bénéficiant d'une mesure de protection (accompagnement social ou protection juridique) connue au 31/12/2020	1833	
<i>dont personnes bénéficiant d'une mesure d'accompagnement social personnalisé</i>	83	5%
<i>dont personnes bénéficiant d'une mesure d'accompagnement judiciaire</i>	32	2%
<i>dont personnes bénéficiant d'une sauvegarde de justice</i>	83	5%
<i>dont personnes bénéficiant d'une mesure de curatelle</i>	547	30%
<i>dont personnes bénéficiant d'une mesure de tutelle</i>	915	50%
<i>dont personnes bénéficiant d'une autre mesure de protection</i>	173	9%

Source : DSOL, courriel du 9 mai 2020, retraité IG

Ce sont essentiellement les mesures de curatelle et de tutelle qui représentent la grande majorité (80%) des mesures de protection. En 2017, il y avait 1 894 mesures de protection (soit 28% des résidents) dont 60% étaient des tutelles. La répartition est la suivante en fonction du statut de l'établissement.

Tableau 3 : Répartition des résidents des EHPAD intra -muros bénéficiant d'une mesure de protection selon le statut des établissements - au 31/12/2020

	Nombre	% des résidents
Public	424	38%
Privé à but lucratif	399	18%
Privé à but non lucratif	1010	36%
Tous EHPAD	1833	30%

Source : DSOL, courriel du 9 mai 2022

Les auditrices ont obtenu, via la DPMP, des services du procureur de la République de Paris qu'ils étaient régulièrement¹⁴ sollicités par les EHPAD de signalements de situations de personnes âgées vulnérables en vue d'une protection juridique de leurs résidents lorsque ces établissements ne sont pas ou plus payés. La base de données de la DSOL fait état d'un dysfonctionnement grave issu d'un manque de protection juridique du résident. Toutefois, les auditrices n'ont pas établi de corrélation entre le niveau de protection juridique des résidents et les signalements effectués, faute de données sur ce point.

Certains directeurs d'EHPAD rencontrés par la mission ont déploré n'avoir jamais vu un juge des tutelles dans leur établissement en dépit de la forte proportion de leurs résidents placés sous tutelle. En parallèle, la mission n'a pas été en mesure de s'assurer que les directeurs

¹⁴ [.....]. La phrase qui précède a été occultée conformément aux dispositions du Code des relations entre le public et l'administration, relatif à la communication des documents administratifs.

d'EHPAD avertissaient bien les juges des tutelles des dysfonctionnements graves affectant leurs résidents protégés¹⁵.

1.2.2. La répression pénale est accrue s'agissant des actes de maltraitance commis à l'égard des personnes vulnérables et s'agissant de l'absence de dénonciation de ces faits

Les personnes dont la particulière vulnérabilité est due à l'âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse entrent dans la catégorie des personnes vulnérables aux termes de l'article 222-3 2° du Code pénal. Le droit pénal a intégré la personne vulnérable et plus généralement la victime dans la qualification des faits en faisant de l'âge, de la situation économique, de l'état physique ou mental de celle-ci **une circonstance aggravante ou des éléments caractérisant l'infraction**. Différentes dispositions du code pénal sanctionnent par ailleurs **l'absence de signalement de faits relevant d'infractions pénales**. Leur connaissance est primordiale au vu du phénomène d'omerta dénoncé par les acteurs des EHPAD comme frein essentiel aux signalements.

- Une répression pénale accrue s'agissant des actes de maltraitance commis à l'égard des personnes vulnérables

1° Le fait de commettre des crimes ou délits sur une personne particulièrement vulnérable a pour conséquence d'aggraver les peines encourues par l'auteur

Ainsi, **en matière criminelle**, le meurtre est puni de la réclusion criminelle à perpétuité et non de trente ans de réclusion criminelle lorsqu'il est sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse est apparente ou connue de son auteur (article 221-4 3° du Code pénal).

Il en est de même pour les actes de torture et de barbarie (article 222- 3 2° du Code pénal), les coups mortels (article 222-8 2° du Code pénal), le viol (article 222-24 3° du Code pénal), les violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente (article 222-10 2° du Code pénal), punis respectivement de vingt ans de réclusion criminelle pour les trois premiers crimes et de quinze ans de réclusion criminelle pour les violences aggravées.

En matière délictuelle, les violences ayant entraîné une incapacité totale de travail pendant plus de huit jours sont punies non pas de trois ans d'emprisonnement lorsqu'elles sont commises sur des personnes vulnérables mais de cinq ans d'emprisonnement. L'aggravation des peines s'applique en outre aux faits d'agressions sexuelles.

Ces faits sont également aggravés lorsque l'auteur est le conjoint ou le concubin de la victime, le législateur prenant ainsi en compte la situation de la victime qui peut faire l'objet de pressions psychologiques et être dépendante de l'auteur des faits.

¹⁵ L'article L331-8-2 au code de l'action sociale et des familles (CASF) dispose pour sa part : « Les agents mentionnés à l'article L. 313-13 habilités et assermentés à cet effet dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, recherchent et constatent les infractions définies au présent code, à l'exception de celles prévues à l'article L. 227-8, dans les conditions prévues à l'article L. 313-13-1, par des procès-verbaux transmis au procureur de la République, qui font foi jusqu'à preuve contraire. Lorsque l'établissement ou le service accueille des majeurs bénéficiant d'une mesure de protection juridique, ils en transmettent une copie pour information aux juges des tutelles du ressort. »

2° La vulnérabilité des victimes âgées est également constitutive de délits spécifiques

Le législateur a érigé des faits de nature contraventionnelle en délit lorsque les faits ont été commis sur une personne vulnérable. Tel est le cas des faits de violences ayant entraîné une incapacité de travail inférieure ou égale à huit jours ou n'ayant entraîné aucune incapacité de travail qui sont punies de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende (article 222-13 2°).

D'autres délits spécifiques peuvent être cités, tel le fait d'obtenir d'une personne, en abusant de sa vulnérabilité ou de sa situation de dépendance, la fourniture de services non-rétribués ou en échange d'une rétribution manifestement sans rapport avec l'importance du travail accompli est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende (article 225-13 du Code pénal). De même, le fait de soumettre une personne, dont la vulnérabilité ou l'état de dépendance sont apparents ou connus de l'auteur, à des conditions de travail ou d'hébergement incompatibles avec la dignité humaine est puni des mêmes peines (article 225-14 du Code pénal). Le délit de **délaissement d'une personne hors d'état de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique** est puni de cinq ans d'emprisonnement. Ce délit devient un crime s'il entraîne la mort ou une infirmité permanente. Le législateur, afin de protéger les personnes vulnérables, a également créé le **délit spécifique d'abus d'ignorance ou de faiblesse**. Aux termes de l'article 223-15-2 du code pénal, l'abus frauduleux de l'état d'ignorance ou de la situation de faiblesse d'une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique est apparente ou connue de son auteur, soit d'une personne en état de sujétion psychologique ou physique résultant de l'exercice de pressions graves ou réitérées ou de techniques propres à altérer son jugement, pour conduire cette personne à un acte ou à une abstention qui lui sont gravement préjudiciables est puni de trois ans d'emprisonnement et de 375 000 euros d'amende. Lorsque l'infraction est commise par le dirigeant de fait ou de droit d'un groupement qui poursuit des activités ayant pour but ou pour effet de créer, de maintenir ou d'exploiter la sujétion psychologique ou physique des personnes qui participent à ces activités, les peines sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 750 000 euros d'amende. Cet article s'applique notamment aux personnes âgées.

A noter que s'agissant de l'**administration de substance nuisible** (prévue et réprimée par l'article 22-15 du code pénal), il n'existe pas de circonstance aggravante lorsque cette infraction est commise à l'encontre d'une personne vulnérable.

3° Les personnes physiques et morales encourent des peines complémentaires spécifiques en cas de condamnation à des faits de maltraitance sur personnes âgées qui affectent la poursuite de leur activité si l'infraction est commise dans le cadre d'une activité professionnelle ou sociale

Les personnes physiques coupables dudit délit encourent également notamment les peines complémentaires suivantes :

- l'interdiction, suivant les modalités prévues par l'article 131-27, d'exercer une fonction publique ou d'exercer l'activité professionnelle ou sociale dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de laquelle l'infraction a été commise, pour une durée de cinq ans au plus, ainsi que l'activité de prestataire de formation professionnelle continue au sens de l'article L. 6313-1 du code du travail, pour la même durée ;
- la fermeture, pour une durée de cinq ans au plus, des établissements ou de l'un ou de plusieurs des établissements de l'entreprise ayant servi à commettre les faits incriminés ;
- l'affichage ou la diffusion de la décision prononcée, dans les conditions prévues par l'article 131-35 du code pénal.

Les personnes morales déclarées responsables pénalement, des infractions définies à la présente section encourent, outre l'amende, suivant les modalités prévues par l'article 131-38, les peines prévues par l'article 131-39 du même code.

- **Le renforcement des dispositifs légaux de prévention des actes de maltraitance à l'égard des personnes vulnérables**

◆ L'obligation générale pour tout fonctionnaire de signaler la connaissance acquise dans le cadre de ses fonctions de la commission d'un crime ou un délit

L'article 40 alinéa 2 du code de procédure pénale dispose en effet que : « *Toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs.* ».

Ce texte ne prévoit pas en tant que tel les sanctions pénales de son non-respect, qui relève dès lors du statut général de la fonction publique et des sanctions disciplinaires applicables à l'agent en cas de faute.

L'article 6 ter A de la loi du 13 juillet 1983 dispose quant à lui qu' « *aucune mesure concernant notamment le recrutement, la titularisation, la formation, la notation, la discipline, la promotion, l'affectation et la mutation ne peut être prise à l'égard d'un fonctionnaire pour avoir relaté ou témoigné, de bonne foi, de faits constitutifs d'un délit ou d'un crime dont il aurait eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions* », favorisant ainsi la protection de l'agent dans le cadre de son obligation légale de dénonciation, sous réserve, comme pour tout citoyen, de sanctions en cas de dénonciation calomnieuse ou diffamation. Toutefois, le code pénal prévoit des sanctions spécifiques lorsque l'attentisme a des conséquences particulièrement graves sur la victime.

◆ La non-dénonciation d'atteintes à caractère sexuel infligées à une personne vulnérable

La loi n°2018-703 du 3 août 2018 a porté les peines encourues pour le délit de non dénonciation de privations, de mauvais traitements ou d'agressions ou atteintes sexuelles infligés à **une personne qui n'est pas en mesure de se protéger**, prévu par l'article 434-3 du code pénal, de cinq à sept ans d'emprisonnement et 75 000 à 100 000 euros d'amende lorsque le défaut d'information concerne une infraction commise sur une personne vulnérable ou un mineur de quinze ans.

La définition de ce délit est par ailleurs modifiée : **sont désormais réprimés non seulement le fait de ne pas informer les autorités judiciaires ou administratives, mais également le fait de continuer à ne pas informer ces autorités tant que ces infractions n'ont pas cessé**. L'infraction devient ainsi un délit continu, pour lequel la prescription ne commence à courir que lorsque cessent les infractions qui auraient dû être dénoncées.

Il convient également de rappeler que l'article 226-14 du code pénal rend inapplicable les poursuites pour **révélation du secret professionnel** à l'égard de tout professionnel (professionnel de santé ou de l'action sociale notamment) dans tous les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret, ainsi, en outre :

« 1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;

2° Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République ou de la cellule de recueil, de traitement

et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être, mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles, les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;

(...)

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi. »

◆ La protection des salariés lanceurs d'alerte en matière de maltraitance aux personnes âgées

L'article L313-24 du code de l'action sociale et des familles dispose que : « *Dans les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, le fait qu'un salarié ou un agent a témoigné de mauvais traitements ou privations infligés à une personne accueillie ou relaté de tels agissements ne peut être pris en considération pour décider de mesures défavorables le concernant en matière d'embauche, de rémunération, de formation, d'affectation, de qualification, de classification, de promotion professionnelle, de mutation ou de renouvellement du contrat de travail, ou pour décider la résiliation du contrat de travail ou une sanction disciplinaire. En cas de licenciement, le juge peut prononcer la réintégration du salarié concerné si celui-ci le demande. »*

2. ÉTAT DES LIEUX DES EHPAD PARISIENS

Dans le cadre de ses compétences départementales, la Ville de Paris assure la mission d'autorité de contrôle et de tarification de plus de 515 établissements et services médico-sociaux en direction des personnes âgées et des personnes en situation de handicap :

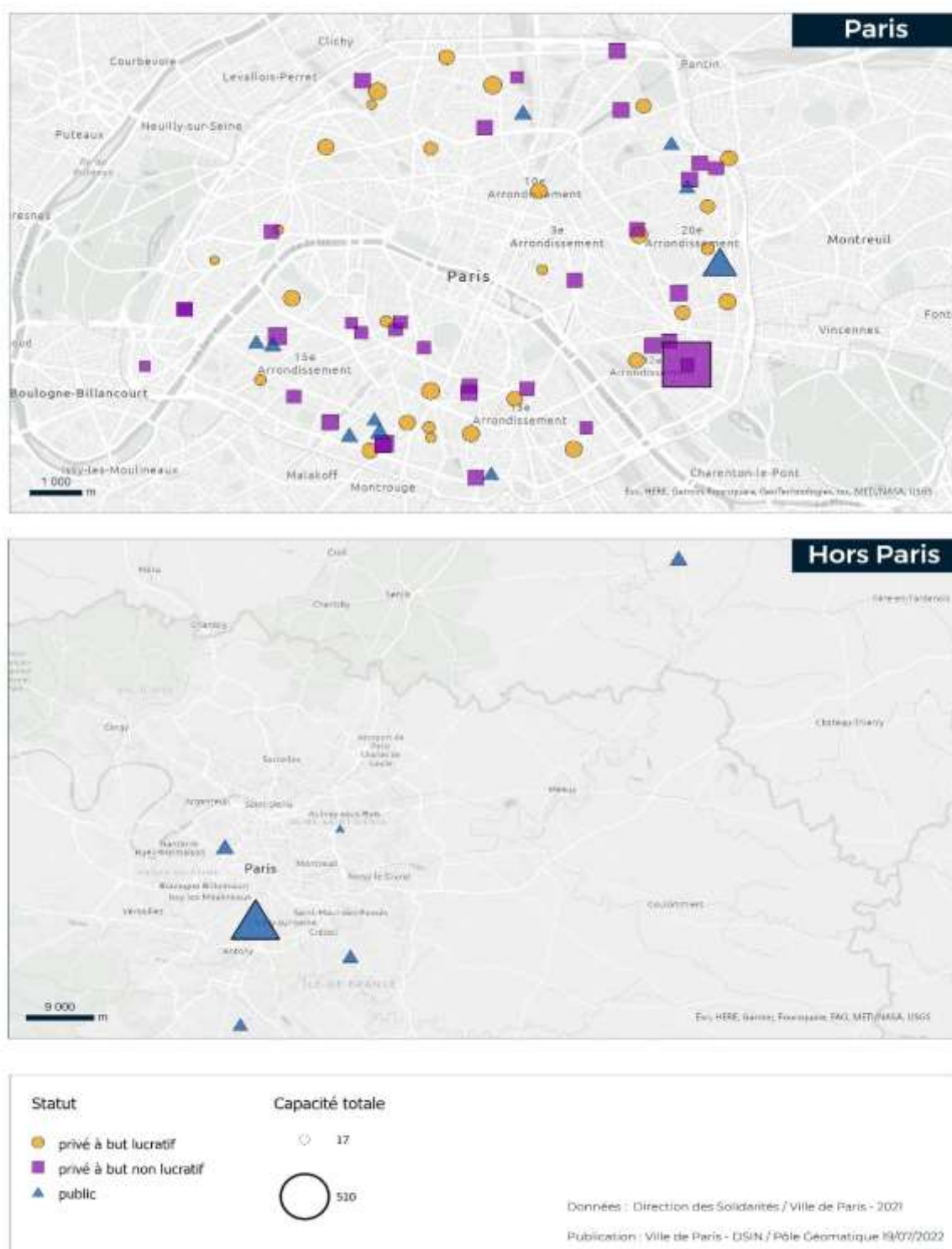
- 79 EHPAD ;
- 73 autres établissements pour personnes âgées (résidences autonomie, petites unités de vie, centre d'accueil de jour) ;
- 68 foyers handicap ;
- 64 services d'accompagnement et accueils de jour handicap ;
- 233 services d'aide et d'accompagnement à domicile.

Cette responsabilité est pour partie partagée avec l'ARS s'agissant des établissements médicalisés, notamment des EHPAD. Pour la Ville de Paris, le pilotage des établissements et services médico-sociaux (EHPAD, services d'aide à domicile etc) qui interviennent auprès des personnes en perte d'autonomie (définition de l'offre, suivi, financement et contrôle) est assuré au sein de la Direction des Solidarités de la Ville de Paris, et de la Sous-direction de l'Autonomie (SDA), par le Service seniors qui compte actuellement 22 agents. Les effectifs dédiés au contrôle seront prochainement renforcés.

Le service des EHPAD comprend 5 agents, chargés de suivi d'établissement, encadrés par un responsable, qui assurent la tarification et le suivi des EHPAD, des résidences autonomie, petites unités de vie et centres d'accueil de jour.

2.1. Panorama des EHPAD parisiens : une prédominance du secteur privé et des établissements de taille contrastée

Graphique 1 : Carte des EHPAD parisiens



Source : DSIN, pôle géomatique

La quasi-totalité des EHPAD sont répartis dans Paris, cinq sont situés en Ile-de-France, un dans l'Aisne. La mission a fait le choix de les intégrer dès lors qu'ils sont gérés par le CASVP. Sur le territoire parisien, la plupart des établissements sont situés dans les arrondissements périphériques.

Tableau 4 : Nombre d'organismes gestionnaires (OG), établissements, places d'hébergement par statut - 2021

	Privé lucratif	Privé non lucratif	Public	Total
Nombre de places	2665	3155	2059	7879
% places	34%	40%	26%	100%
Nombre d'OG	11	19	2	32
% d'OG	34%	59%	6%	100%
Nombre d'établissements	32	31	16	79
% d'établissements	41%	39%	20%	100%
Nombre moyen de places/établissement	83	102	129	100

Source : données DSOL, service seniors, courriel du 1^{er} avril 2022, retraité IG

Les 79 EHPAD parisiens proposaient 7 879 places en 2021. **L'offre est répartie entre le secteur privé à but non lucratif qui dispose de 40% des places, le secteur privé lucratif pour 34% des places et le secteur public pour 26% des places.** Cette répartition se distingue de la répartition nationale¹⁶ pour laquelle 50% des EHPAD relèvent du secteur public, 31% du secteur privé à but non lucratif et 24% du secteur privé à but lucratif.

Le nombre moyen de places par établissement est de 100, avec d'importants écarts selon le statut : de 83 pour le secteur privé à but lucratif à 129 pour le secteur public. Trois établissements se détachent : Q avec 510 places, Alquier Debrousse et Cousin de Méricourt (CASVP), avec respectivement 322 et 298 places, les trois établissements relevant du secteur privé à but non lucratif et du secteur public. À l'autre bout du spectre, trois établissements comptent moins de 30 places : Y 26 places, T 24 places, N 17 places, ces trois établissements relevant du secteur privé à but lucratif.

¹⁶ Enquête de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du Ministère des Solidarités et de la Santé (août 2020)

Tableau 5 : Répartition des places par organisme gestionnaire (OG) - 2021

Organisme gestionnaire	% des places	Nombre de places
A	1,19%	94
B	1,27%	100
C	1,33%	105
D	2,09%	165
E	1,62%	128
F	2,23%	176
G	1,02%	80
CASVP	24,91%	1963
I	3,62%	285
J	1,48%	117
K	4,89%	385
L	1,14%	90
M	1,21%	95
N	6,14%	484
O	0,47%	37
P	1,12%	88
Q	6,47%	510
R	1,22%	96
S	11,47%	904
T	0,30%	24
U	0,90%	71
V	0,57%	45
W	2,89%	228
X	3,59%	283
Y	9,19%	724
Z	0,72%	57
AA	1,32%	104
AB	2,31%	182
AC	1,02%	80
AD	0,39%	31
AE	0,75%	59
AF	1,13%	89
Total général	100,00%	7879

Source : DSOL, service seniors, courriel du 1^{er} avril 2022, retraité IG

Les 79 établissements sont gérés par **32 organismes gestionnaires** (OG), chaque OG gérant entre 1 et 15 établissements (Annexe 6). Là aussi les écarts sont importants entre les OG. Le plus gros gestionnaire, comptant 1 963 places, le plus petit 31.

Le CASVP est le plus gros gestionnaire sur le territoire parisien avec 15 établissements et 25% des places (1963), puis S avec 9 établissements et 11,5% des places (904), puis Y avec 8 établissements et 9% des places (724). À eux seuls, ces trois gestionnaires regroupent près de 46% des places.

Avec Q (1 établissement, 510 places), N (5 établissements, 484 places) et K (4 établissements, 385 places), six gestionnaires totalisent 63% des places.

Tableau 6 : Typologie des places d'hébergement¹⁷

	Nombre de places	%
Nombre de places	7879	100%
<i>dont habilitées ASH</i>	4923	62%
<i>dont UVP</i>	844	11%
<i>dont UHR</i>	70	1%
<i>dont hébergement temporaire</i>	152	2%
<i>dont PASA</i>	79	1%

Source : DSOL, courriel du 1^{er} avril 2022, retraité IG

Sur l'ensemble des **7 879 places**, 62% sont habilitées à l'aide sociale, en quasi-totalité par le secteur privé non lucratif (51,5%) et le secteur public (42%). La mission n'a cependant pas vérifié le taux d'occupation de ces places par des résidents bénéficiaires de l'aide sociale.

12% des places sont dédiées aux personnes atteintes de troubles cognitifs réparties entre les trois secteurs (44% pour le secteur public, 38% pour le secteur privé lucratif, qui dispose par ailleurs d'un établissement spécialisé sur ce type d'accueil, et 18% pour le secteur privé non lucratif). Enfin, certains établissements peuvent proposer des accueils temporaires pour les personnes âgées vivant à domicile (1%), quasi exclusivement dans les secteurs privés à but lucratif et à but non lucratif.

Dans les établissements visités, **les directeurs des EHPAD ont en moyenne deux ans d'ancienneté** sur leur poste actuel avec une expérience antérieure dans d'autres établissements sur des fonctions de direction ou d'adjoint. Au CASVP, les directeurs rencontrés ont un profil de **formation** médico-sociale, parfois avec des expériences antérieures dans d'autres domaines, administrative ou commerciale. Les directeurs des deux établissements à but non lucratif rencontrés présentent également un profil médico-social. Les profils apparaissent plus variés dans les trois établissements du secteur privé à but lucratif visités : médico-sociaux, financiers, gestionnaires.

2.2. Les signalements aux autorités de contrôle proviennent majoritairement des directions d'EHPAD, avec des disparités s'agissant des autorités destinataires

Les EHPAD constituent la principale source de signalements reçus par les autorités de contrôle. Ils représentent près de 85% de l'ensemble des signalements reçus par la DSOL, soit la très grande majorité des signalements concernant l'ensemble des établissements d'hébergement et services à domicile pour les personnes âgées. Ils constituent également la majorité des signalements/signaux reçus par l'ARS.

Sur la période 2018-2021, sur les 32 OG, l'ARS enregistre des signalements pour 28 OG, la DSOL pour 26 OG. Certains apparaissent dans les bases de l'ARS et pas dans celle de la DSOL et inversement.

¹⁷ Les UVP (Unité de vie protégée) et les UHR (unité d'hébergement renforcée) accueillent des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. Les PASA (pôles d'activité et de soins adaptés) sont des espaces dédiés destinés à accueillir en journée les résidents de l'EHPAD atteints de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. L'hébergement temporaire permet aux personnes âgées qui vivent à domicile de trouver des solutions d'hébergement pour une courte durée.

Sur les 79 établissements en fonctionnement sur la période 2018-2021, des signalements, toutes catégories confondues, sont enregistrés pour 70 établissements soit à l'ARS soit à la DSOL :

- 65 établissements, soit 81,28% des établissements, à l'ARS,
- 59 établissements soit 74,68% des établissements, à la DSOL,
- 54 établissements, soit 68,35% des établissements, à la fois à la DSOL et à l'ARS,
- 11 établissements soit 13,92% des établissements, à l'ARS mais pas à la DSOL
- 5 établissements soit 6,33% des établissements, à la DSOL mais pas à l'ARS
- 9 établissements n'apparaissent pour aucun signalement ni à l'ARS ni à la DSOL

2.2.1. Un volume global de signalements en baisse sur la période 2018-21 mais en nette hausse en 2022

Tableau 7 : Répartition des signalements reçus par l'ARS et par la DSOL selon le statut des établissements - 2018-2021

	ARS		DSOL	
	Nb	%	Nb	%
Privé à but lucratif	247	49,6%	105	60,7%
Privé à but non lucratif	214	43,0%	46	26,6%
Public	37	7,4%	22	12,7%
Total	498	100%	173	100%

Source : données ARSIF, courriel du 16 mai 2022 - DSOL, courriel du 1^{er} avril 2022 - retraité IG

S'agissant de la période 2018-2021, l'ARS comptabilise un nombre de signalements presque trois fois supérieur à la DSOL (65%) quel que soit le statut, l'ARS enregistrant au-delà des dysfonctionnements graves, les EIGS, les EIAS et disposant par ailleurs d'une boîte dédiée pour les réclamations, dont la DSOL ne dispose pas.

Le secteur privé lucratif représente la majorité des signalements reçus par chacune des deux autorités, soit près de 50% pour les signalements transmis à l'ARS et plus de 60% pour ceux transmis à la DSOL. Le secteur privé non lucratif arrive en seconde position pour les deux autorités, la proportion étant plus importante pour l'ARS (43% contre 26,6%), puis le secteur public (en l'occurrence le CASVP, R n'apparaissant pas dans les bases des deux autorités). Le secteur public constitue une part plus importante des signalements pour la DSOL.

Cette répartition reste globalement conforme dans sa structure à celle des établissements, avec néanmoins une sur représentation du secteur privé lucratif (41% des établissements, 34% des places et une sous-représentation du secteur public (20% des établissements, 26% des places) pour chacune des deux autorités. Le secteur privé non lucratif (39% des établissements, 40% des places) apparaît également sous-représenté à la DSOL.

Les 498 signalements comptabilisés par l'ARS sont répartis de façon différenciée entre les 65 établissements retracés. En moyenne l'ARS enregistre 7,7 signalements par établissement sur la période, l'écart étant de 1 à 24 signalements.

La répartition des 173 signalements comptabilisés par la DSOL suit une courbe plus homogène sur les 59 établissements retracés. La moyenne pour la DSOL est de 3 signalements par établissement, avec un écart plus faible de 1 à 13. Ce delta est naturellement lié au nombre de signalements pour chacune des deux entités. Pour autant, on peut constater que 19 établissements cumulent plus de 10 signalements pour l'ARS et 3 plus de 20. Pour la DSOL, 3 établissements seulement cumulent plus de 10 signalements, la majorité (61%) n'apparaissant que pour 2 signalements maximum sur la période.

Les établissements diffèrent selon qu'il s'agit de l'ARS ou de la DSOL. À titre d'exemple, un établissement retrace 24 signalements pour l'ARS, aucun pour la DSOL. Parmi ces signalements, 7 sont pourtant catégorisés en dysfonctionnement grave (EI selon la terminologie ARS). Un autre relevant du même OG compte 10 signalements pour l'ARS dont 5 catégorisés en EI et 1 signalement pour la DSOL (lettre de plainte). D'autres peuvent être plus proches, par exemple un EHPAD associatif compte 22 signalements pour l'ARS, dont 9 catégorisés en EI (dysfonctionnement grave selon sa terminologie), 7 pour la DSOL dont 6 catégorisés en EIG (dysfonctionnement grave selon sa terminologie).

Tableau 8 : Évolution des signalements reçus par la DSOL du 1^{er} janvier au 17 mai 2022

	Nombre	%
Privé lucratif	26	56,52%
EIG	26	100,00%
Privé non lucratif	4	8,70%
EIG	2	50,00%
signalement	2	50,00%
Public	16	34,78%
EIG	7	43,75%
plainte	1	6,25%
signalement	8	50,00%
Total	46	100,00%
<i>dont EIG</i>	<i>35</i>	<i>76%</i>
<i>dont Plaintes</i>	<i>1</i>	<i>2%</i>
<i>dont Signalements</i>	<i>10</i>	<i>22%</i>

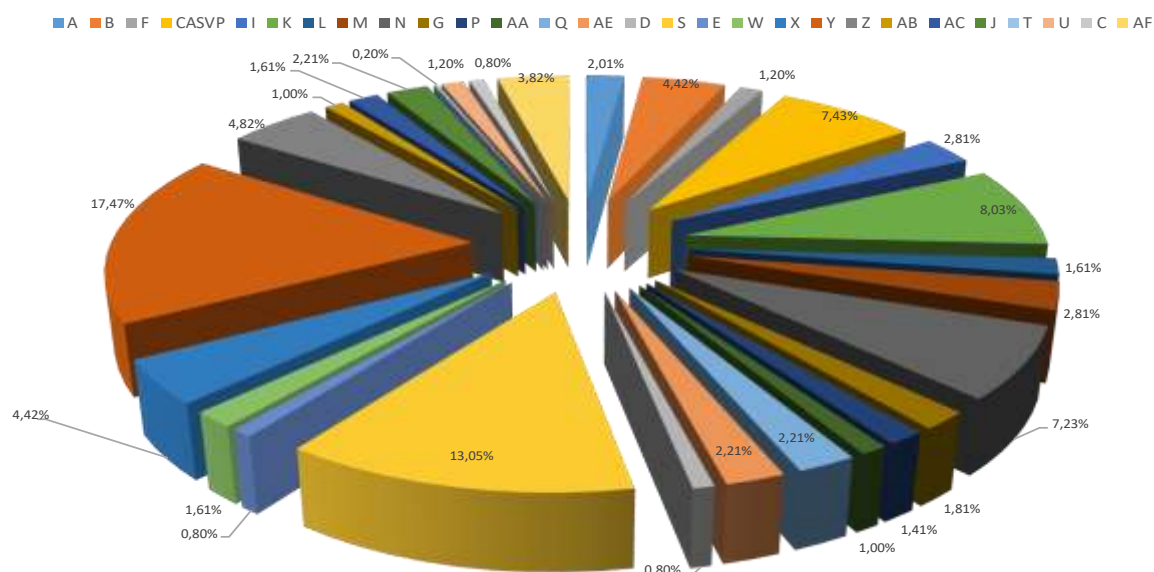
Source : DSOL, courriel du 18 mai 2022, retraité IG

Sur les premiers mois de l'année 2022 (du 1^{er} janvier au 17 mai 2022), la DSOL a reçu 46 signalements concernant les EHPAD soit davantage que sur l'ensemble de l'année 2021.

Comme sur la période 2018-2021, les EIG constituent les 3/4 des signalements (76%). Les proportions diffèrent un peu pour les plaintes (2% contre 16% sur la période 2018-2021) et pour les signalements (22% contre 8%).

On relève que si le secteur privé à but lucratif constitue toujours le plus gros volume de signalement (56,5%), le secteur public, soit le CASVP, retrouve une place importante (35%), en nette augmentation par rapport à 2021 (16,22%).

Graphique 2 : Répartition des signalements reçus par l'ARS selon les OG - 2018-2021

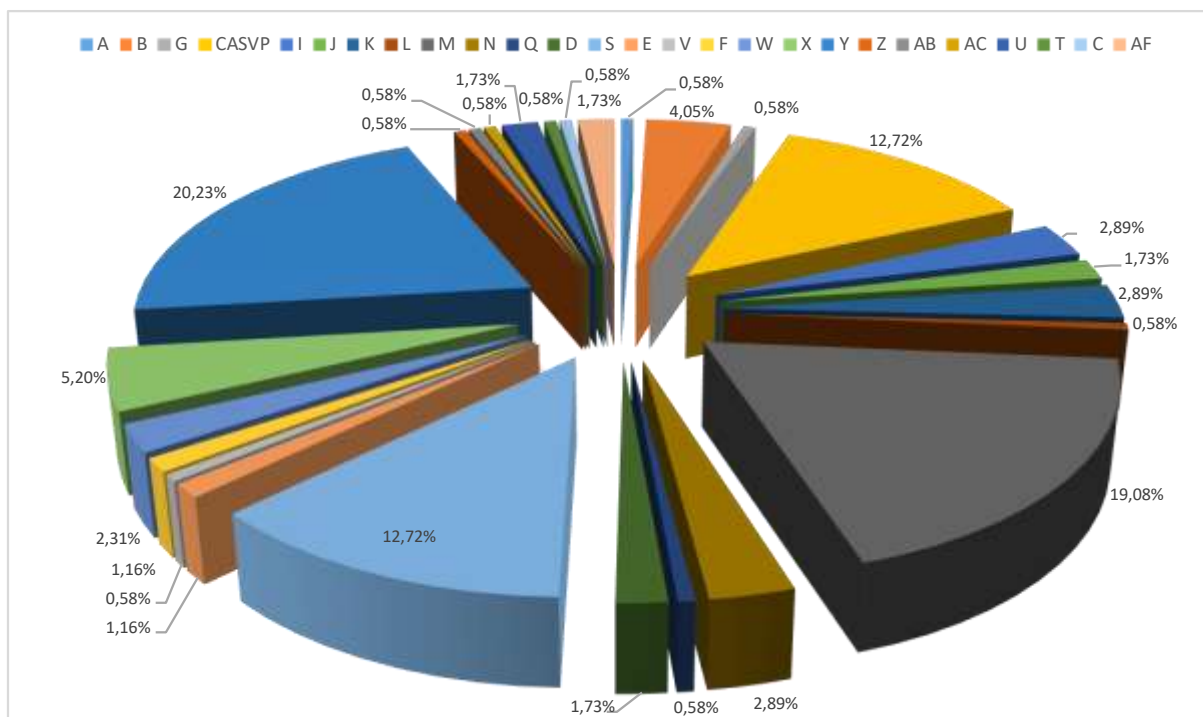


Source : données ARSIF, courriel du 16 mai 2022, retraité IG

Sur les 28 OG qui comptabilisent des signalements pour l'ARS, 8 regroupent 63% des signalements sur la période : Y (17,43% soit 87 signalements), S (13% soit 65 signalements), puis K (8,02% soit 40 signalements), N et CASVP (7,23% et 7,41% soit 36 et 37 signalements).

Les autres OG totalisent entre 1 et 24 signalements sur la période. A eux seuls, S, Y, K, N et CASVP regroupent 53% des signalements.

Graphique 3 : Répartition de l'ensemble des signalements reçus par la DSOL selon les OG - 2018-2021

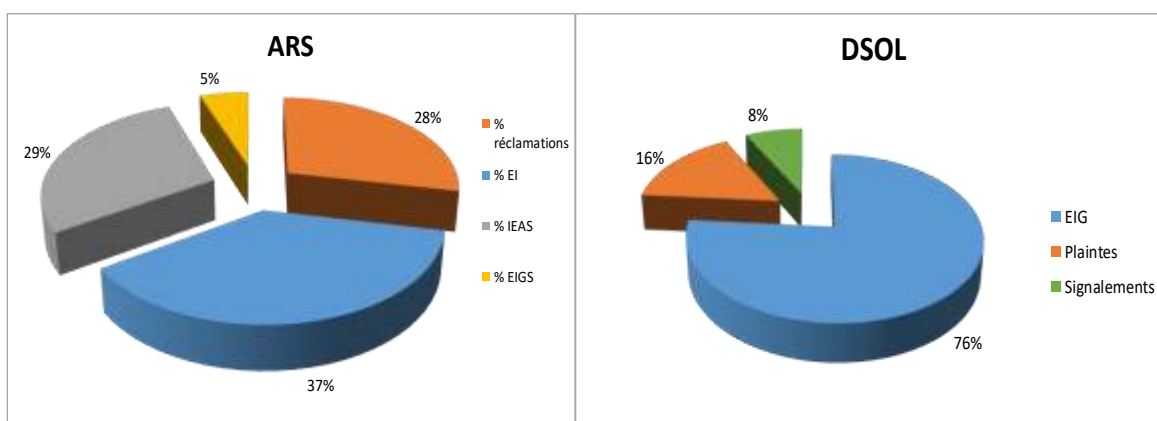


Source : données DSOL, courriel du 25 février 2022, retraité IG

Sur les 26 OG pour lesquels la DSOL comptabilise des signalements, la répartition présente des différences notables avec l'ARS. 65% des signalements reçus par la DSOL sur la période sont répartis entre 4 OG : Y, S, M et CASVP.

Comme pour l'ARS, Y apparaît toujours le premier contributeur avec 23,23% (soit 35 signalements). S et le CASVP sont présents dans des proportions plus fortes avec chacun 12,72% des signalements (soit chacun 22 signalements). En revanche, M totalise 19,08% (soit 33 signalements) alors qu'il ne constitue que 2,81% des signalements réceptionnés par l'ARS. A l'inverse, K ne représente que 2,89% des signalements, N 4,05%.

Graphique 4 : Répartition des différentes catégories de signalements reçus par l'ARS et par la DSOL - 2018-2021



Source : données DSOL, courriel du 25 février 2022 ; données ARSIF, courriel du 16 mai 2022 ; retraitement IG

Les signalements reçus par l'ARS, se répartissent quant à eux en quatre catégories : les réclamations, les EI, les EIAS et les EIGS. L'ARS a indiqué que ces « signaux » pouvaient faire l'objet d'une requalification après analyse. La répartition entre les différentes catégories de signalement fait apparaître que les EIGS ne constituent que 5% des signalements sur la période, le plus grand nombre de signalement concernant les EI (dysfonctionnements graves au sens de l'ARS) (37%), puis dans un volume équivalent, les EIAS (29%) et les réclamations (28%). Au total, EIGS et EIAS, en lien avec le soin, constituent 32% des signalements, les dysfonctionnements graves (EI) 37%, les plaintes et réclamations 28%.

Les signalements reçus par la DSOL se répartissent en trois grandes catégories : les EIG transmis par les établissements, les plaintes émanant de sources diverses (familles ou proches le plus souvent mais aussi directions d'établissement, salariés, élus), les signalements, provenant également de sources diverses (3977, direction de l'EHPAD par exemple). Les EIG constituent 76% des signalements.

Tableau 9 : Répartition du nombre de signalements reçus par l'ARS selon le statut des établissements - 2018-2021

	2018		2019		2020		2021		TOTAL	EVOL	MOYENNE
	Nb	%	%	Nb	%	NB	%				
Privé à but lucratif											
Réclamations	20	36%	18	26%	17	29%	9	14%	64	-55%	9
EI	23	41%	30	44%	26	44%	40	63%	119	74%	17
EIAS	9	16%	17	25%	16	27%	11	17%	53	22%	8
EIGS	4	7%	3	4%	0	0%	4	6%	11	0%	2
Total	56	100%	68	100%	59	100%	64	100%	247	14%	36
Privé à but non lucratif											
Réclamations	13	22%	13	22%	21	38%	8	19%	55	-38%	8
EI	21	36%	19	32%	17	31%	18	43%	75	-14%	11
EIAS	22	38%	22	37%	14	25%	13	31%	71	-41%	10
EIGS	2	3%	5	8%	3	5%	3	7%	13	50%	2
Total	58	100%	59	100%	55	100%	42	100%	214	-28%	31
Public territorial											
Réclamations	5	42%	5	71%	12	75%	0	0%	22	-100%	3
EI	3	25%	0	0%	1	6%	1	50%	5	-67%	1
EIAS	4	33%	1	14%	2	13%	0	0%	7	-100%	1
EIGS	0	0%	1	14%	1	6%	1	50%	3	100%	0
Total	12	100%	7	100%	16	100%	2	100%	37	-83%	6
TOTAL	126		134		130		108		498	-14%	125

Source : données ARSIF, courriel du 16 mai 2022, retraité IG

Sur l'ensemble, le nombre global de signalements baisse un peu sur la période (-14%). La baisse est plus sensible en 2021. Ce constat diffère cependant selon les statuts des EHPAD. Ainsi le nombre global de signalements augmente sensiblement pour le secteur privé à but lucratif sur la période (14%), notamment depuis 2021, après une légère baisse en 2020. Cette augmentation vaut en particulier pour les EI (74%) et les EIAS (22%). A contrario le nombre global de signalements baisse pour le secteur privé non lucratif (-28%) et surtout pour le secteur public, en l'occurrence le CASVP, (-83%), pour lequel on relève une baisse très sensible des EI (-67%), en particulier sur 2021 où aucun EI n'est enregistré.

Tableau 10 : Répartition du nombre de signalement reçus par la DSOL selon le statut des établissements- 2018-2021

	2018		2019		2020		2021		TOTAL	EVOL	MOYENNE
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%			
Privé à but lucratif											
EIG	22	92%	33	85%	18	75%	17	94%	93	-23%	23
Plaintes	0	0%	5	13%	4	17%	1	6%	10	100%	3
Signalements	2	8%	1	3%	2	8%	0	0%	5	-100%	1
Total	24	100%	39	100%	24	100%	18	100%	108	-25%	26
Privé à but non lucratif											
EIG	8	67%	7	64%	7	70%	9	69%	33	13%	8
Plaintes	3	25%	4	36%	2	20%	1	8%	11	-67%	3
Signalements	1	8%	0	0%	1	10%	3	23%	5	200%	1
Total	12	100%	11	100%	10	100%	13	100%	49	8%	12
Public											
EIG	5	63%	0	0%	1	50%	5	83%	12	0%	3
Plaintes	3	38%	3	50%	1	50%	0	0%	8	-100%	2
Signalements	0	0%	3	50%	0	0%	1	17%	5	100%	1
Total	8	100%	6	100%	2	100%	6	100%	25	-25%	6
TOTAL	44		56		36		37		173	-16%	43

Source : données DSOL, courriel du 25 février 2022

Le nombre global de signalement enregistrés par la DSOL enregistre une baisse similaire à celle de l'ARS sur la période (-16%), apparaissant en 2020 et se poursuivant en 2021.

Contrairement à l'ARS, le volume global de signalement baisse pour le secteur privé à but lucratif (-25%), en particulier pour les EIG (-23%) soit le plus gros volume de signalements pour ce secteur (94% en 2021), ce qui semble confirmer la place prépondérante prise par l'ARS depuis la pandémie.

Sur la période, en moyenne, 125 signalements sont transmis à l'ARS chaque année, 43 signalements sont transmis à la DSOL. La crise sanitaire de 2020 a naturellement impacté le dispositif dans son ensemble, des dispositifs de crise ayant été mis en place dans les deux entités.

Malgré les réserves évoquées plus haut sur les différences de terminologie et les difficultés de récolement des données dont disposent respectivement l'ARS et la DSOL quant aux dysfonctionnements graves, la mission a néanmoins tenté une comparaison entre les EI répertoriés par l'ARS et les EIG répertoriés par la DSOL, la remontée de ces signalements étant essentielle pour la Ville de Paris puisque relevant de sa compétence départementale. La mission rappelle en effet que, bien que les fiches de procédure de la DSOL fassent bien référence à l'arrêté du Ministère des affaires sociales du 28 décembre 2016 listant les catégories de dysfonctionnements graves dont les autorités doivent être informées¹⁸, il n'a pas été possible de s'assurer que le tableau de suivi de la DSOL n'intégrait pas également des EIAS ou des EIGS.

Sur les 28 OG pour lesquels l'ARS retrace des signalements, 25 sont concernés par des EI (40% des signalements). La répartition est similaire avec celle de l'ensemble des signalements retracés, les proportions variant : Y et S restent les principaux contributeurs (25,6% et 16,6%), suivi de K avec 9% (18 EI) puis de N (7%). Le CASVP en revanche n'apparaît plus que pour 2,5% (5 EI).

Pour la DSOL, sur les 26 OG pour lesquels des signalements sont comptabilisés, 21 sont émetteurs d'EIG (dysfonctionnements graves) qui constituent 76% des signalements

¹⁸ Arrêté du Ministère des affaires sociales du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.

réceptionnés. Trois gros contributeurs regroupent 62,11% des EIG : Y (23,48%, 31 EIG), S (14,39%, 19 EIG) et M (24,24%, 32 EIG) qui n'apparaît que très peu pour l'ARS (3%), suivis par le CASVP, avec 8,33% (11 EIG). Les 30% restant sont éclatés entre les autres OG (entre 1 et 7 EIG).

Tableau 11 : Nombre d'EI reçus par l'ARS et nombre d'EIG reçus par la DSOL - 2018-2021

	2018		2019		2020		2021		TOTAL ARS	TOTAL DSOL	EVOL ARS	EVOL DSOL	MOYENNE ARS	MOYENNE DSOL
	ARS	DSOL	ARS	DSOL	ARS	DSOL	ARS	DSOL						
Privé à but lucratif	23	22	30	33	26	18	40	17	119	90	74%	-23%	30	23
Privé à but non lucra	21	8	19	7	17	7	18	9	75	31	-14%	13%	19	8
Public territorial	3	5	0	0	1	1	1	5	5	11	-67%	0%	1	3
Total	47	35	49	40	44	26	59	31	199	132	26%	-11%	50	33

Source : données ARSIF, courriel du 16 mai 2022 ; données DSOL, courriel du 25 février 2022 ; retraitement IG

Globalement, l'ARS enregistre en moyenne 50 EI par an, la DSOL 33 EIG, avec une évolution importante pour l'ARS (26%) et un recul pour la DSOL (-11%). Sur toute la période, le nombre d'EI enregistrés par l'ARS est toujours supérieur au nombre d'EIG enregistrés par la DSOL quel que soit le statut. Sur l'ensemble, l'écart est de 34%. A partir de 2020 la différence entre l'ARS et la DSOL s'accroît, passant de 18% en 2019 à 41% en 2020 et 47% en 2021. Cet accroissement apparaît lié aux remontées du secteur privé lucratif. Jusqu'en 2020, le nombre d'EI et le nombre d'EIG reçus respectivement par l'ARS et la DSOL était à peu près équivalent. À partir de 2020 l'écart s'accroît et se confirme fortement en 2021 (40 EI pour l'ARS et 17 EIG pour la DSOL). La crise sanitaire semble avoir renforcé la place centrale de l'ARS dans la réception des dysfonctionnements graves.

Le nombre plus important d'EIG reçus par la DSOL sur les premiers mois 2022, en particulier pour le CASVP (voir supra), peut laisser entrevoir une amélioration sur ce point.

Ces données doivent cependant être relativisées au regard du nombre de places des établissements.

2.2.2. Des taux de signalements disparates mais qui restent faibles, plus importants pour l'ARS

Tableau 12 : Taux de signalements des OG concernés en 2021 pour l'ARS et pour la DSOL

OG	ARS		DSOL	
	Nb total de signalements (EI, EIGS, EIAS, réclamations)	Taux de signalements	Nb total de signalements (EIG, plaintes, signalements)	Taux de signalements
A	1	1,1%		
B	4	4,0%	2	2,0%
F	1	0,6%		
CASVP	2	0,1%	6	0,3%
I	5	1,8%	3	1,1%
K	8	2,1%	3	0,8%
L	2	2,2%		
M	5	5,3%	8	8,4%
N	12	2,5%	2	0,4%
G	1	1,3%		
P	2	2,3%		
AA	1	1,0%		
Q	1	0,2%		
AE	5	8,5%		
D	1	0,6%	1	0,6%
S	10	1,1%	4	0,4%
E	1	0,8%		
W	2	0,9%	1	0,4%
X	7	2,5%	3	1,1%
Y	24	3,3%		
Z	3	5,3%		
AB	1	0,5%		
AC	2	2,5%	1	1,3%
J	1	0,9%		
U	3	4,2%	3	4,2%
AF	3	3,4%		
TOTAL	108	1,4%	37	0,7%
MOYENNE	4,2	2,3%	3,1	1,7%

Source : données ARSIF, courriel du 16 mai 2022 ; données DSOL, courriel du 25 février 2022 ; retraitement IG

Le tableau qui précède a été partiellement occulté conformément aux dispositions du Code des relations entre le public et l'administration, relatif à la communication des documents administratifs.

Sur l'année 2021, l'ARS comptabilise davantage de signalements que la DSOL, tous les établissements recensés par l'ARS ne se retrouvant pas à la DSOL comme indiqué précédemment.

Pour l'ARS, 26 OG, représentant 96% des places des EHPAD parisiens, ont été concernés par des signalements/signaux tous types confondus, en moyenne 4,2 signalements par OG concerné, soit au total 108 signalements/signaux.

Les OG concernés présentent entre 1 et 24 signalements, 8 OG plus de 5, 3 OG plus de 10, avec un maximum de 24 signalements pour Y.

Ramené au nombre de places sur l'année 2021, on constate un taux de signalements de 1,4% pour l'ensemble des OG concernés.

Le taux le plus important concerne AE avec 8,5 % (soit 5 signalements sur l'année pour [.....] places dans [.....] établissement), **le taux le plus faible revient au CASVP (0,1%, 2 signalements pour [.....] places dans ses [.....] établissements).**

M enregistre un taux de 5,3 % (5 signalements pour [.....] places dans ses [.....] établissements), puis U (4,2% soit 3 signalements pour [.....] places dans [.....] établissement), Z (5,3% soit 3 signalements pour [.....] places dans [.....] établissement), Y 3,3% (soit 24 signalements pour [.....] places dans ses [.....] établissements).

S, pourtant gros contributeur de signalements, a un taux de 1,1% (soit 10 signalements pour [.....] places dans ses [.....] établissements, de même que N 2,5% (soit 12 signalements pour [.....] places dans ses [.....] établissements), K 2,1% (soit 8 signalements pour [.....] places dans ses [.....] établissements).

Concernant la DSOL, 12 OG, représentant 64% des places, ont été concernés par des signalements tous types de signalements confondus, avec en moyenne 3,1 signalements par OG concerné. Ces OG présentent entre 1 et 8 signalements.

Ramené au nombre de places sur l'année 2021, on constate un taux de signalements/nombre de places de 0,7% (37 signalements pour [.....] places dans les OG concernés). Rapporté à la totalité des places dans les EHPAD parisiens ([.....]), le taux de signalement est de 0,5%.

Le taux varie entre 0,3% et 8,42% selon les OG. Le plus important concerne M 8,4% (8 signalements sur ses [.....] établissements), puis U 4,23% (3 signalements). Le CASVP enregistre le taux le plus bas, 0,3%, (6 signalements sur [.....] établissements).

K a un taux de 0,8% (3 signalements sur [.....] établissements), N 0,4% (2 signalements sur 2 de ses [.....] établissements), S 0,4% (4 signalements sur [.....] établissements). Y n'enregistre aucun signalement sur l'année 2021.

Tableau 13 : Taux d'évènements indésirables graves des OG concernés en 2021 pour l'ARS et pour la DSOL

OG	ARS		DSOL	
	Nb d'évènements indésirables graves (EI, EIGS, EIAS)	Taux d'évènements indésirables graves	Nb d'évènements indésirables graves (EIG)	Taux d'évènements indésirables graves
A	1	1,1%		
B	3	3,0%	2	2,0%
CASVP	2	0,1%	5	0,3%
I	4	1,4%	2	0,7%
K	8	2,1%	2	0,5%
L	1	1,1%		
M	4	4,2%	8	8,4%
N	9	1,9%	1	0,2%
P	2	2,3%		
AE	3	5,1%		
D	1	0,6%	1	0,6%
S	10	1,1%	4	0,4%
E	1	0,8%		
W	1	0,4%	1	0,4%
X	6	2,1%	1	0,4%
Y	24	3,3%		
Z	3	5,3%		
AB	1	0,5%		
AC	2	2,5%	1	1,3%
U	2	2,8%	3	4,2%
AF	3	3,4%		
TOTAL	91	1,4%	31	0,6%
MOYENNE	4,3	2,1%	2,6	1,6%

Source : données ARSIF, courriel du 16 mai 2022 ; données DSOL, courriel du 25 février 2022 ; retraitement IG

Le tableau qui précède a été partiellement occulté conformément aux dispositions du Code des relations entre le public et l'administration, relatif à la communication des documents administratifs.

Pour apprécier le taux d'évènements indésirables graves, ont été pris en compte les évènements déclarés par les établissements aux 2 autorités de contrôle et enregistrés dans leurs bases de données respectives sur l'année 2021 : pour l'ARS, les dysfonctionnements graves (EI selon la terminologie qu'elle utilise), les EIGS et les EIAS ; pour la DSOL, les dysfonctionnements graves (EIG selon la terminologie qu'elle utilise). Les réclamations, plaintes, signalements divers, émanant notamment des particuliers n'ont pas été pris en compte. Il est noté que le risque identifié précédemment que les EIG répertoriés par la DSOL recouvrent, au-delà des dysfonctionnements graves, des EIAS ou EIGS reste valable.

Pour la DSOL, 12 OG sont concernés par des EIG en 2021, représentant [.....] places soit 64% des places dans les EHPAD parisiens. Ces 12 OG présentent entre 1 et 8 EIG, en moyenne, 2,6 EIG par OG.

Ramené au nombre de places sur l'année 2021, sur ces OG, on constate un taux de 0,6% (31 EIG pour [.....] places). Rapporté à la totalité des places dans les EHPAD parisiens, le taux est de 0,4%.

Concernant l'ARS, 18 OG sont concernés, représentant au total [.....] places soit 83% des places dans les EHPAD parisiens. Le taux de signalement est en moyenne de 1,4% pour ces OG. Ramené à la totalité des places en 2021, le taux est de 1,2%.

L'écart est moindre si l'on s'attache uniquement aux EI et aux EIG, le taux de signalement est en moyenne de 0,9% pour l'ARS (0,6% pour la DSOL).

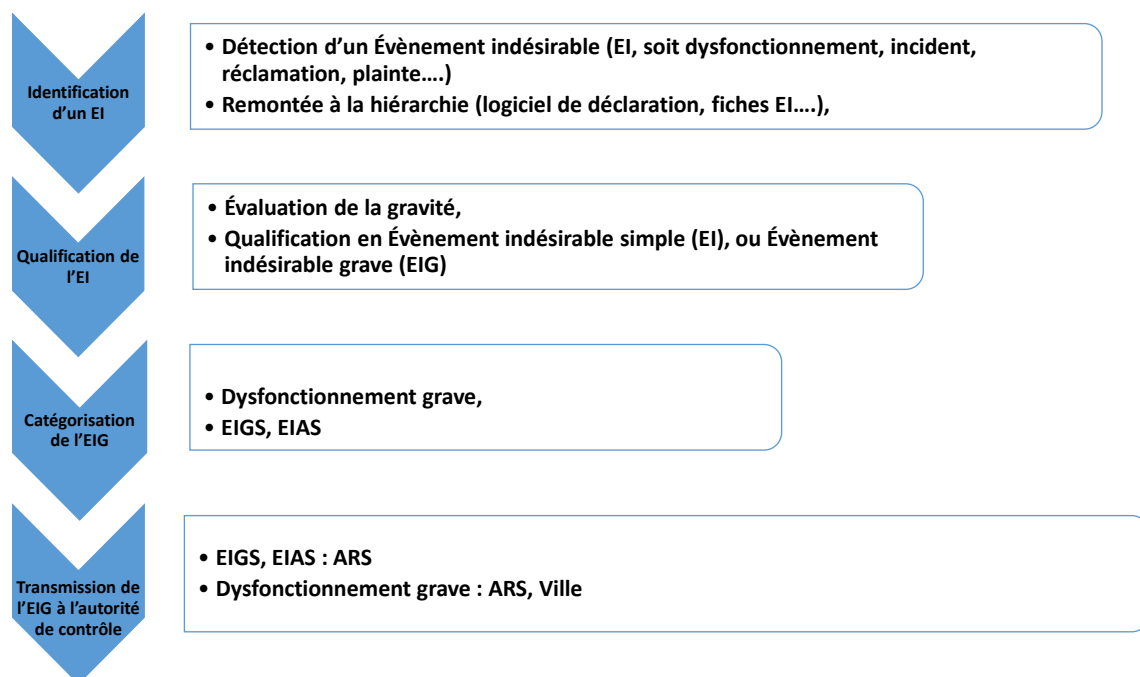
Les membres de phrases qui précèdent ont été occultés conformément aux dispositions du Code des relations entre le public et l'administration, relatif à la communication des documents administratifs.

3. LE RECUEIL DES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES SE HEURTE À DE MULTIPLES DIFFICULTÉS

3.1. Une terminologie protéiforme qui diffère selon les autorités de contrôle, entraînant une confusion

La majorité des directeurs des EHPAD rencontrés en entretien a indiqué que la **terminologie** relative aux événements indésirables était compliquée à intégrer pour les personnels de terrain, et dans une moindre mesure, pour les membres de la direction. Toutefois, en réponse au questionnaire adressé par la mission, seuls cinq établissements (dont quatre du CASVP) ont indiqué avoir des difficultés à distinguer les EIGS des dysfonctionnements graves. Si les catégories issues des textes réglementaires semblent donc acquises par la majorité des directeurs d'EHPAD, il n'en va pas de même s'agissant des différentes terminologies employées par les autorités de contrôle, et notamment par la Ville.

Figure 1 : Schéma général de la qualification d'un événement indésirable (EI) en événement indésirable grave (EIG)



Source : IG

Les événements indésirables (EI) recouvrent les dysfonctionnements, incidents, accidents, situations à risque, dont les conséquences peuvent être dommageables aux résidents ou à l'établissement, et que les personnels doivent de ce fait faire remonter à leur hiérarchie.

Après analyse et évaluation de la gravité de l'événement, les EI peuvent être qualifiés en EI simples ne nécessitant pas de transmission aux autorités de contrôle, ou en EIG, c'est-à-dire événements indésirables graves qui doivent être déclarés aux autorités de contrôle. Ces EIG recouvrent les dysfonctionnements graves, les événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) et les infections associées aux soins (EIAS).

Les réclamations ou signalements divers relèvent des remarques reçues oralement ou par écrit des usagers ou des familles. Ces réclamations peuvent être considérées comme des

événements indésirables et suivre la même procédure d'évaluation de la gravité que les EI remontés par les personnels.

Ainsi qu'indiqué précédemment, les EIGS et les EIAS relèvent de la seule compétence de l'ARS et doivent lui être adressés. Les dysfonctionnements graves relèvent d'une compétence conjointe et doivent être adressés aux deux autorités : ARS et Ville.

L'ARS utilise les termes réglementaires d'EIGS et EIAS pour les événements indésirables de nature médicale, liés au soin ou au circuit du médicament. Le terme d'EI est utilisé pour les dysfonctionnements graves.

Les réclamations regroupent, pour l'ARS, les plaintes, requêtes ou doléances écrites des usagers, de leur entourage ou de professionnels, mettant en cause la qualité du service rendu par un établissement¹⁹.

Concernant la **DSOL**, dans un document diffusé aux EHPAD en février 2022²⁰, la terminologie suivante est exposée :

« Les plaintes sont des déclarations de personnes ayant subi un dommage ou ayant des proches dans cette situation, dans le cadre d'une prise en charge par un établissement ou service accueillant des personnes âgées, auprès des autorités de contrôle - à distinguer d'une plainte déposée dans un service de police.

Les signalements sont des déclarations de personnes ou entités qui ont connaissance de fonctionnements ou d'agissements de la part de personnels, institutions, dirigeants d'établissements et services pour personnes âgées, auprès des autorités de contrôle.

Les EIG : événements indésirables graves sont des événements qui revêtent un caractère de gravité, tels que définis par le décret du 28 décembre 2016, pour lesquels les directeurs et gérants d'établissements sociaux et médico-sociaux sont dans l'obligation d'informer les autorités de contrôle sous un format réglementaire (fiche spécifique) »

Il a été indiqué aux auditrices que les EIG faisant l'objet d'une procédure particulière, il a été convenu en interne d'appeler « EIG » ce qui relève de la loi et des décrets, « plainte » ce qui est adressé par les usagers et leurs familles et « signalement » ce qui provient du personnel ou des tiers (dont les familles de tiers).

Interrogés sur ces distinctions terminologiques, les directeurs des EHPAD ont majoritairement indiqué que ces distinctions n'étaient pas intuitives. Pour la majorité d'entre eux, le terme de « plainte » recouvre une plainte devant la police ou la justice, que ce que la DSOL appelle « plainte » correspond plutôt en réalité à l'ensemble des réclamations que les directeurs reçoivent oralement ou par courriel, de la part des familles de résidents. Le terme de « réclamation » est d'ailleurs celui employé par l'ARS pour désigner ce que la DSOL dénomme « plaintes ».

¹⁹ Source : Le traitement des réclamations, guide à l'attention des partenaires, octobre 2017, ARS Ile-de-France, page 1, « On appelle réclamation, une requête, doléance ou plainte écrite émanant d'un usager ou de son entourage et mettant en cause la qualité du service rendu par un établissement de santé, un établissement ou service médico-social, ou un professionnel de santé (incluant les officines et les laboratoires) ou les transports sanitaires. Les courriers écrits émanant d'un professionnel (réclamations des professionnels) travaillant dans un établissement ou un service et mettant en cause la qualité du service rendu ou dénonçant des dysfonctionnements qu'il a observés à titre personnel sont apparentés, à ce jour, à cette procédure. Les EIG sont exclus de ce champ ». Site internet ARS Ile-de-France.

²⁰ « Le traitement des EIG, plaintes et signalements concernant les établissements et services accueillant les personnes âgées » - DSOL, février 2022, page 7.

Enfin, la DSOL, dans sa présentation de la procédure de traitement des signalements n'évoque que les dysfonctionnements graves tels que définis par le décret du 28 décembre 2016, qu'elle dénomme communément « EIG », sans mentionner les EIGS qui doivent impérativement être déclarés par les établissements à l'ARS, ni même le concept « d'évènement indésirable » afin d'aborder ce qui le distingue d'un EIG en termes de gravité.

Ces obligations de transmission des EIGS et des dysfonctionnements graves aux autorités de contrôle n'épuisent pas par ailleurs l'information qui peut être donnée aux autorités administratives quant à des dysfonctionnements qui, sans être graves, sont répétés ou font l'objet d'une vigilance particulière (par exemple fugues de résidents sans alerte des forces de l'ordre).

L'objectif de la démarche de signalement vise, au-delà de la mise en place de mesures correctives immédiates, l'identification des causes profondes ou structurelles de l'évènement indésirable afin d'en prévenir la réitération, inscrivant le processus dans une démarche continue d'amélioration de la qualité au service des résidents. La confusion des termes utilisés apparaît comme une source de complexité supplémentaire qui peut brouiller la compréhension de cet enjeu par les professionnels.

En matière de suivi, la DSOL a créé en 2019 un fichier récapitulatif des événements indésirables pour les répertorier, suivre les mesures de remédiation mises en places, faciliter le suivi des établissements, notamment des déclarants et des non déclarants. Une note interne définit à ce titre les procédures à suivre.

Cette note, de même que la fiche interne de procédure éditée en 2021²¹ indique que les événements à caractère médical sont transmis à l'ARS, le principe étant que l'ARS se saisit en priorité des signalements portant sur une question médicale ou concernant le circuit du médicament, la Ville se saisissant en priorité lorsqu'il s'agit des sujets portant sur l'hébergement. La procédure prévoit que tous les signalements reçus (plaintes, signalements et EIG) soient enregistrés sur le fichier de suivi (Annexe 7).

L'ARS et la DSOL sont censées s'informer mutuellement des situations. La mission a par ailleurs constaté à la lecture du tableau de suivi de la DSOL que sur la période 2018-2021, 8 EIG répertoriés provenaient de l'ARS.

Dans la pratique, la distinction entre ce qui relève du médical et ce qui relève de l'hébergement n'est pas toujours si tranchée et il est jugé difficile de cerner d'emblée le sujet. En effet, au-delà du cadre réglementaire complexe, certains dysfonctionnements graves définis par le décret du 28 décembre 2016 peuvent avoir un caractère médical, voire se recouper avec des EIGS (par exemple un décès consécutif à un défaut de prise en charge médicale du résident), la qualification du dysfonctionnement appartenant au directeur d'établissement en fonction du critère de gravité qu'il lui assigne.

C'est à ce titre que l'ARSIF indique pouvoir procéder à des reclassements après analyse des situations.

La lecture du tableau de suivi de la DSOL laisse ainsi apparaître l'existence d'évènements incluant des éléments médicaux, susceptibles d'être identifiés par l'ARS comme des événements indésirables liés aux soins : EIGS ou EIAS (erreurs de dosage de médicaments, défaut de soins, chute entraînant une hospitalisation), événements dont elle se saisit en priorité. Les chargés de suivi de la DSOL ont par ailleurs indiqué intégrer dans le tableau de

²¹ Réception et suivi par la DASES des événements indésirables graves, plaintes et signalements en établissement et service médico-social relevant du secteur personnes âgées - DSOL, courriel du 25 février 2022

suivi tous les signalements transmis par les établissements, y compris les EIGS, préférant enregistrer par défaut et passer le relai ensuite à l'ARS pour traitement.

La mission n'a pas pu déterminer si les reclassements effectués par l'ARS, après analyse de la situation, faisaient l'objet d'une information ou d'une discussion avec la DSOL et entraînaient ou pas une modification parallèle dans sa base de données.

Il ne peut donc être exclu que sous le terme générique d'EIG, le tableau de suivi de la DSOL retrace, au-delà des dysfonctionnements graves qui relève de sa compétence, des événements reclassés par l'ARS en EIAS et des EIGS.

Ces zones d'ombre autant que l'hétérogénéité des terminologies utilisées fragilisent grandement la possibilité de récolement fiable des signalements enregistrés par chacune des deux autorités.

En tout état de cause, il serait souhaitable que la DSOL utilise les termes de la loi et des décrets et à défaut, emploie des termes communément usités et partagés avec l'ARS pour faciliter l'appropriation des termes et des procédures par les directeurs d'établissements autant que pour faciliter un suivi cohérent et conjoint avec l'ARS.

Ceci est d'autant plus souhaitable que des disparités de définitions existent aussi au CASVP. Une fiche de procédure récente²² (Annexe 8) ne reprend pas complètement à son compte les définitions diffusées par la DSOL un mois auparavant .

Ainsi, la définition des « plaintes » « *reçues par mail ou courrier, rédigées dans un cahier à l'accueil* » se distingue de celle des « signalements » : « *exprimés à l'oral pendant diverses réunions, redirigés dans un cahier à l'accueil* ». Le CASVP distingue les plaintes et les signalements selon leur matérialité (écrit/oral) tandis que la DASES les distingue selon la nature de leur émetteur.

Par ailleurs, le CASVP, dans la même fiche, complète les définitions non évoquées dans la procédure de traitement de la DSOL en donnant les définitions d'un EI et d'un EIGS. Une mise en cohérence au sein de la DSOL, auquel le CASVP est désormais rattaché, serait souhaitable pour une meilleure compréhension des acteurs de terrain.

Recommandation 1 : Adopter la terminologie du cadre réglementaire pour les EIGS, dysfonctionnements graves et EI et employer le langage courant pour les autres termes (réclamations, plaintes, notamment)

En réponse au rapport provisoire, la DSOL indique être favorable à adopter une terminologie commune avec l'ARS et basée sur le cadre règlementaire pour les EIGS, les dysfonctionnements graves et les EI. Elle précise toutefois que cette mesure ne sera pas suffisante pour faciliter l'identification des événements et leur remontée car, comme souligné par le rapport, les difficultés rencontrées par les gestionnaires proviennent de la difficulté à évaluer le niveau de gravité ou à identifier ce qui relève du médical ou à faire la distinction entre plaintes et EIG. La DSOL considère ainsi que l'enjeu principal est de s'approprier la définition des dits événements tels que donnée par l'arrêté du 28 décembre 2016, tant pour les autorités de tutelle que pour les gestionnaires, directeurs et personnels des établissements.

Les auditrices estiment toutefois que les différences de terminologie des autorités de contrôle, participent de la confusion à identifier les différents types d'EIG et en particulier

²² Procédure de signalement d'un événement indésirable (EI), d'un événement indésirable grave (EIG) ou plainte » - CASVP - diffusée en mars 2022 aux 15 EHPAD du CASVP

les dysfonctionnements graves. Une première étape, sur le plan interne, consistera à ce que la DSOL et le CASVP utilisent la même terminologie²³.

3.2. Un risque avéré de sous-déclaration

95% des établissements répondant au questionnaire (58 sur 61) indiquent que leur personnel remonte les EI. Pour autant, les acteurs institutionnels du secteur médico-social et notamment ceux rencontrés par la mission font état d'un phénomène de sous-déclaration des événements indésirables qui surviennent en EHPAD. **Ce sujet ne figure pas dans la cartographie des risques métiers de la DSOL, son ajout est vivement conseillé par la mission.**

Une première explication avancée réside dans le retard d'acculturation de ces établissements à la démarche qualité, notamment par rapport au secteur hospitalier. Le cadre réglementaire précédemment exposé est en effet relativement récent.

3.2.1. La réticence à déclarer

Pour les établissements, comme pour des OG, la déclaration peut être vécue comme une contrainte. Elle est jugée **chronophage** par les établissements, du fait de sa complexité : qualification de l'évènement, validation par différentes strates au sein de l'organisme gestionnaire, respect de délais de transmission, formulaires non unifiés, multiplicité des interlocuteurs au sein des autorités de contrôle.

Par ailleurs, les experts considèrent que la déclaration a pu être perçue comme un facteur de **stigmatisation** quant à une mauvaise gestion. Vis-à-vis des autorités de contrôle, également financeurs, une certaine prudence, voire réticence, à remonter certains événements ou une tendance à en limiter le nombre, peuvent être de mise.

Cette contradiction dans les missions du Département qui manie d'une part la souplesse du dialogue dans le cadre de sa mission de tarification, via notamment la rédaction des CPOM, et d'autre part la menace de la sanction dans le cadre de sa mission de contrôle, devrait conduire les autorités de contrôle à mieux articuler leurs missions de conseil et de contrôle vis-à-vis des EHPAD dans un nouveau cadre de dialogue associant également l'ARS, même si les termes de celui-ci demeurent complexes.

Les autorités de contrôle elles-mêmes ont pu envoyer de mauvais messages sur la période considérée en interprétant une multiplicité de signalements comme un indicateur de criticité justifiant une inspection sur site, potentiellement génératrice de sanctions. Avoir considéré l'EIG comme un indicateur de risque a pu se retourner contre celui qui en faisait un bon usage alors qu'au contraire, l'absence de signalement d'EIGS ou de dysfonctionnement grave pourrait constituer un signal de criticité plus fort. C'est donc à un changement de culture du signalement que doivent faire face les établissements et leurs autorités de contrôle.

²³ S'agissant de la signification du terme « réclamation » dans le langage courant, la mission entend classiquement par « langage courant » la définition du terme telle que donnée par le dictionnaire, à savoir, par exemple, pour « réclamation » : l'action de s'adresser à l'autorité pour se plaindre de quelque chose, pour protester, pour signaler un dysfonctionnement, ce que la DSOL qualifie aujourd'hui à mauvais escient de « plainte », qui correspond pour sa part à la dénonciation d'une infraction par la personne qui en a été la victime, alors qu'une autre définition, propre à la DSOL, est utilisée dans les lexiques adressés aux EHPAD (cf. page 36 « **Les plaintes** sont des déclarations de personnes ayant subi un dommage ou ayant des proches dans cette situation, dans le cadre d'une prise en charge par un établissement ou service accueillant des personnes âgées, auprès des autorités de contrôle - à distinguer d'une plainte déposée dans un service de police. »)

Les personnels peuvent par ailleurs partager cette réticence à déclarer pour des raisons similaires (cf. infra). Une association de famille a indiqué que le cadre supérieur de santé pouvait constituer un filtre à la remontée d'EI, contraint par un risque de remontrance de sa direction, la déclaration pouvant être perçue comme un signal de mauvaise gestion.

Cette perception punitive de la déclaration, sans doute une des explications au phénomène patent de sous-déclaration, n'a pour l'instant pas été contrecarrée par l'apport que peut constituer pour les établissements un dialogue fructueux avec les autorités de contrôle sur la base des événements indésirables constatés, participant ainsi d'une amélioration de la qualité du service rendu aux résidents, à laquelle chacun doit pourtant aspirer. Ce dialogue associant autorités de contrôle et établissements, dans une logique de conseil autant que de contrôle, ne peut que renforcer les démarches qualité engagées.

3.2.2. Des difficultés amplifiées pour les situations de maltraitance

Les auditrices ont par ailleurs interrogé les directions des EHPAD parisiens sur **le risque de sous-déclaration de la maltraitance**. À travers leurs réponses au questionnaire adressé, **leur opinion apparaît contrastée**. Ainsi, si la majorité (54,10%) considère qu'il n'y a pas de sous-déclaration, 42,62% estiment le contraire.

L'absence de remontée des EI apparaît comme un facteur déterminant pour les établissements qui considèrent qu'il existe une sous-déclaration de la maltraitance : 66,67% (24 établissements) d'entre eux déclarent aussi que leurs personnels ne remontent pas les EI.

En lien avec les difficultés de remontée des EI en général, on note que la quasi-totalité des établissements indiquant qu'il existe une sous-déclaration de la maltraitance indiquent aussi que leurs personnels rencontrent des difficultés dans la rédaction des EI (25 établissements sur 26).

Parmi les facteurs qui contribuent à la sous-déclaration de la maltraitance, apparaissent - comme pour la remontée des EI- la crainte de la sanction, de la dénonciation, la peur de se tromper, la capacité inégale à s'exprimer, surtout par écrit, difficulté qui apparaît aussi dans les motifs de non-réclamation par les résidents eux-mêmes, ainsi que la crainte des représailles. L'isolement ou l'incapacité des résidents à signaler un abus, notamment ceux qui sont désorientés, est aussi considéré comme un facteur de sous-déclaration.

Les établissements notent aussi une mauvaise compréhension du concept de maltraitance, certains actes pouvant ne pas être considérés comme maltraitants par les personnels alors qu'ils le sont. À cet égard, ont pu être cités l'exemple d'une aide-soignante du matin en colère contre l'équipe de nuit qui n'a pas changé une résidente et qui ne le fera pas non plus considérant qu'il ne s'agit pas de son travail.

Les facteurs institutionnels de la maltraitance sont aussi soulignés. Le manque récurrent de personnel, le turn-over et les difficultés de recrutement, favorisent à l'évidence la mise en tension des équipes et rendent le repérage des signaux faibles plus difficiles, facilitant ainsi la maltraitance. A ainsi été donné l'exemple de la mise de protection aux résidents faute de temps pour les accompagner aux toilettes.

Le phénomène d'omerta

Les interlocuteurs rencontrés par la mission ont insisté sur la difficulté pour les personnels de dénoncer les comportements délictuels commis par des collègues, notamment par peur de représailles. Cette crainte peut aussi valoir pour les résidents eux-mêmes et leurs proches. La fragilité des résidents, leur dépendance vis-à-vis des personnels soignants, présents au quotidien auprès d'eux, peut conduire à minimiser voire à taire certains abus et des situations de maltraitance.

Une directrice d'EHPAD a par exemple cité le cas d'une aide-soignante, suspendue pour un acte de maltraitance, qui était intervenue auprès de la victime afin qu'elle ne dépose pas plainte, faisant état des conséquences de sa suspension sur sa situation familiale.

Au sein du personnel, des logiques contradictoires peuvent aussi être à l'œuvre. Dans un cas relaté, un agent ayant agressé physiquement plusieurs résidents, la direction a indiqué que lors de la réunion de crise interne organisée avec les personnels, les manifestations de soutien envers l'agent mis en cause avaient été nombreuses, occultant la gravité des faits et le soutien aux victimes. L'intervention du psychologue interne a dû être sollicitée pour un recadrage de la situation et repositionner les repères.

La proximité, les liens d'équipe et les liens qui se nouent entre les soignants et les résidents qu'ils accompagnent, contribuent bien sûr à l'efficacité collective et à la qualité de la prise en charge. Mais ils peuvent aussi constituer un facteur de risque d'erreur et de maltraitance qu'il revient à la direction de l'établissement d'apprécier et de corriger. La présence des intérimaires et vacataires, qui pose une réelle difficulté en termes de stabilité des équipes soignantes, est aussi considérée par certaines directions d'EHPAD comme un facteur de libération de la parole sur la maltraitance, les personnels intérimaires étant moins pris dans les logiques de groupes que leurs collègues.

Dans un tout autre registre, l'ARS a pu exposer que lorsqu'un personnel soignant était mis en cause pour des faits de maltraitance, l'implication dans la procédure disciplinaire d'autres administrations (inspection du travail, DRHIL le cas échéant) complexifiait le suivi du dysfonctionnement grave et compromettait le respect des délais légaux quant à son traitement.

À cet égard, s'agissant du recrutement des soignants, la mission a pu observer qu'il était imparfaitement sécurisé dès lors que certains EHPAD ne vérifient pas nécessairement que les personnels soignants recrutés ont été condamnés pour des faits de maltraitance sur personnes âgées. Un rapport d'inspection de la DASES a mis en évidence que les EHPAD d'un OG du secteur privé à but lucratif ne vérifiaient pas les bulletins n°3 du casier judiciaire avant de recruter leurs personnels. Le motif invoqué étant que cette démarche serait redondante avec les normes du RGPD. Ce motif est pourtant sans aucun lien avec la nécessité légale de s'assurer qu'aucune interdiction de travailler dans un lieu accueillant des personnes vulnérables ne pèse sur les personnels soignants. Invités à s'expliquer sur cette pratique, les membres du CODIR de l'établissement du même groupe ont expliqué aux auditrices que le B3 était systématiquement demandé et vérifié dans le cadre des recrutements, s'agissant d'une obligation légale. Toutefois, la réglementation RGPD leur interdisant de conserver ces données dans les dossiers des personnels, seul figurait au dossier un émargement de la personne ayant procédé à la vérification. Cet argument n'est toutefois pas dirimant dès lors que les nécessaires vérifications au recrutement d'un personnel peuvent figurer dans son dossier administratif et qu'il est nécessaire de pouvoir s'assurer avec certitude que la vérification a été faite.

3.2.3. Des obstacles à la remontée interne des EI

3.2.3.1. Les difficultés de maîtrise de l'écrit

Le questionnaire adressé aux EHPAD permet de cerner ce que les directeurs considèrent comme des obstacles à la remontée des EI. 45 établissements de l'échantillon (74%) indiquent que leur personnel rencontre des difficultés dans la rédaction écrite de l'EI. Sur les 58 établissements qui indiquent que leur personnel remonte les EI (95%), 42 (72,41%) déclarent aussi en parallèle qu'ils rencontrent des difficultés de rédaction.

La non maîtrise de l'écrit, voire de la langue française, l'absence de maîtrise de l'informatique et des outils numériques utilisés pour la remontée des EI, la difficulté à décrire précisément les faits, la crainte d'être sanctionné, ou d'incriminer un collègue, le signalement étant parfois perçu comme de la délation, parfois la non-compréhension de l'intérêt de la déclaration, sont les motifs communément énoncés pour décrire les obstacles à la remontée interne des EI par les personnels. Ces facteurs sont également mentionnés comme pouvant expliquer la sous-déclaration de la maltraitance. La culture de l'oralité semble encore prédominer au-delà des outils mis en place, numériques ou non.

3.2.3.2. La difficulté à identifier un EI, un EIG et d'évaluer sa gravité

S'agissant de la capacité des personnels des EHPAD à **identifier les EI** et le cas échéant, pour les cadres, à **distinguer ce qui relève parmi eux d'un EIG**, l'ensemble des directeurs rencontrés par les auditrices fait le constat d'un retard dans la culture de la déclaration des EI et de leur traçabilité, par rapport à la situation existant depuis une vingtaine d'années dans le milieu hospitalier.

Les directeurs d'établissement ainsi que les responsables de la démarche qualité soulignent que la culture de la déclaration des EI est récente et qu'en dépit des formations dispensées, les obstacles évoqués plus haut (crainte de la sanction, de la délation), constituent un frein.

S'agissant de l'**identification des EIG**, la quasi-totalité des établissements de l'échantillon (92%) indique, en réponse au questionnaire adressé, ne pas avoir de difficultés à distinguer EIGS et dysfonctionnements graves. Seuls cinq établissements indiquent une confusion sur le sujet, dont quatre du CASVP.

Au-delà de la distinction entre ces deux catégories d'EIG, la difficulté soulignée dans les commentaires est plutôt de distinguer entre l'EI et l'EIG, soit d'identifier la gravité de l'évènement et donc ce qui relève d'une déclaration aux autorités de contrôle. Un établissement indique par exemple que les comportements violents d'usagers, identifiés comme dysfonctionnements graves et événements dont les autorités de contrôle doivent être informées²⁴, sont quotidiennes dans son établissement et ne font de ce fait pas l'objet de signalement.

La difficulté à qualifier l'EI a été maintes fois soulignée par les directeurs d'établissement et cadres rencontrés. Pour faciliter cette qualification, les personnels peuvent faire appel à des **personnes ressources**. Dans le cadre du questionnaire, les établissements indiquent, outre la directrice ou le directeur, le MEDCO, le cadre de santé, mais aussi selon les sujets les chefs de services (hébergement, chef cuisinier par exemple), psychologue ou responsable qualité. Les directeurs d'EHPAD avec qui la mission s'est entretenue s'accordent à considérer que le cadre de santé ou l'adjoint aux soins constitue la personne ressource principale.

Ont également été évoqués les **problèmes de management** qui ont une incidence directe sur la déclaration des EI. Ainsi, plusieurs directeurs d'établissement ont déclaré avoir mis en place, malgré de lourdes réticences de leurs personnels soignants, un changement régulier des aides-soignantes par étage pour favoriser le changement des habitudes, l'identification des erreurs et la diffusion des bonnes pratiques au sein de l'établissement.

De nombreuses mesures sont citées par les établissements pour inciter à la déclaration : la formation à la déclaration des EI et au logiciel de déclaration, la sensibilisation et le rappel des consignes et des procédures lors des réunions, modalité la plus souvent citée, la mise en

²⁴ Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales, article 1.

place de chartes de confiance, ou de chartes d'incitation à la déclaration, de fiches réflexes ou de kit regroupant les procédures et les supports utilisés, qui peuvent être affichées dans les locaux du personnel, de fiches de signalements mises à disposition dans les locaux du personnel ou à l'accueil, le déploiement de logiciels permettant de retracer les EI.

3.2.3.3. Les chartes d'incitation, outils nécessaires mais non suffisants

L'existence d'une charte d'incitation à la déclaration des EI, sans visée de sanction des personnels dès lors qu'il s'agit d'une erreur, constitue un indicateur fort.

Rattachées à la gestion des risques et au développement d'une culture commune de sécurité et de la qualité, ces chartes insistent sur la nécessité de transparence, l'opportunité ouverte par la déclaration de mettre en place des mesures préventives pour éviter la réitération et permettre un progrès collectif. Elles peuvent être incluses dans les livrets d'accueil des salariés, affichées dans les locaux des personnels.

L'engagement de non sanction pour le professionnel qui signale un EI dans lequel il est impliqué ou qu'il a constaté, est également mentionné dans plusieurs des chartes transmises, dès lors qu'il ne s'agit pas d'un manquement délibéré.

Ces chartes apparaissent comme des outils utiles, notamment pour lutter contre la crainte de la sanction, un des principaux obstacles à la remontée des EI, et il est nécessaire que tous les établissements s'en dotent. Elles doivent bien entendu être accompagnées d'autres mesures et canaux permettant la remontée effective et de procédures claires et bien appropriées pour ce faire.

3.2.3.4. Des procédures de remontée interne des EI parfois méconnues des personnels ou insuffisamment appropriées

La quasi-totalité des établissements répondant au questionnaire indique disposer d'une procédure de remontée interne des EI (98%), un seul déclare ne pas en disposer.

Pour les établissements, l'existence d'une telle procédure apparaît en lien direct avec leur remontée effective : la quasi-totalité des établissements (57) déclarant que leur personnel remonte les EI déclare aussi disposer d'une procédure interne pour ce faire. Seuls trois EHPAD indiquent disposer d'une procédure sans que leur personnel remonte les EI pour autant et seul l'établissement non doté de procédure de remontée indique avoir néanmoins des remontées d'EI par son personnel.

La mission souligne la distinction entre ce qui relève du recueil des déclarations d'EI en interne et ce qui relève de l'analyse des dits EI par les directions d'établissements et leur éventuelle qualification en EIG et transmission aux autorités de contrôle en fonction de leur gravité (Infra partie 4). Ces deux procédures distinctes doivent faire l'objet de deux processus distincts.

La sous-déclaration provient pour partie de la faiblesse des procédures de remontée interne des EI, la procédure de remontée aux autorités de contrôle étant en général plus formalisée.

Au vu des réponses aux questionnaires et des documents adressés à l'appui par les EHPAD, parfois trop lacunaires pour s'assurer du bien-fondé de la réponse, s'il apparaît que tous disposent d'un document formalisant la procédure interne relative à la remontée des EIG, dysfonctionnements graves et EIGS, tous ne semblent pas en disposer pour l'ensemble des EI.

La plupart des OG ont en effet rédigé des fiches de procédure à destination de leurs personnels, notamment des directions et cadres de santé, afin de leur rappeler le cadre réglementaire du signalement. La mission n'a pas été en mesure d'apprécier leur degré d'appropriation par les personnels.

Si la plupart des établissements soulignent rappeler régulièrement la procédure de déclaration des EI à leur personnel, l'existence de ces rappels ne signifie pas que tous les OG se sont dotés d'un protocole interne de remontée des EI à l'intérieur de leurs établissements.

Dans leur majorité, les établissements disposent de ce type de procédure. Par exemple, au CASVP il existe une fiche de « procédure de signalement des EI-EIG-plainte » et un logigramme de déclaration des EI adressé aux établissements en mars 2022 afin d'évaluer la gravité de l'évènement et en fonction de celle-ci de décliner la procédure de signalement à appliquer. Cette méthodologie est appliquée dans la plupart des fiches de procédures dont la mission a eu connaissance.

Toutefois, l'appréciation de l'existence de ces fiches de procédure et de leur niveau de perfectibilité reste aléatoire dès lors que plusieurs établissements d'un même OG n'ont pas adressé à la mission exactement les mêmes documents.

S'agissant de l'établissement Y rencontré par les auditrices, il a été indiqué que la remontée se faisait soit oralement, soit via une transmission dans Netsoins, soit par courriel à la direction mais sans fournir de fiche relative aux remontées et au suivi internes des EI. Les fiches de procédure transmises par les établissements du groupe concernent uniquement les EIG impliquant déclaration aux autorités de contrôle. Les fiches « réflexe » sur la conduite à tenir par les équipes et par la direction en cas d'évènements indésirables n'en précisent pas les modalités d'enregistrement et de suivi. Les formulaires transmis sont soit des fiches de transmission aux autorités de contrôle, soit de pharmacovigilance, matériovigilance ou erreur de médicament, qui ne couvrent pas l'ensemble des EI susceptibles de survenir dans la vie quotidienne d'un EHPAD. La directrice a indiqué que les EI étaient compilés dans une fiche de suivi Excel, ce qui permet des modifications en cours d'année, a contrario d'une saisie définitive à la survenance de l'évènement.

3.2.3.5. Des outils diversifiés mais pas nécessairement utilisés par les personnels

Pour remonter les EI, la majorité des OG a mis en place des fiches de signalement d'évènements indésirables (FEI) à destination de l'ensemble des personnels de l'EHPAD, parfois aussi à disposition des familles ou des résidents. La mission émet des doutes sur l'efficacité de ces mesures lorsque ces fiches sont à demander ou à remettre à l'accueil de l'établissement. Néanmoins, elles constituent un outil à ne pas négliger parmi les différents canaux possibles pour favoriser la remontée des EI.

De nombreux établissements s'appuient également sur **des logiciels** (Titan, Netsoins, Bluekango/Pelikan, Ageval, e.vision, QualNet ont ainsi été cités). Parmi ces différents logiciels, certains sont ciblés sur le suivi des soins, tel que Netsoins ou TITAN par exemple, d'autres sur la démarche qualité tel qu'AGEVAL, e.vision ou BlueKango par exemple, permettant de coter les EI et de formaliser des plans d'action. Chacun a sa pertinence.

Au CASVP par exemple, les EI sont à renseigner par les personnels dans le logiciel de suivi de soins Titan. Ils sont analysés en CODIR et chaque semaine par la responsable qualité du CASVP. Les avis divergent entre l'intérêt que pourrait représenter un logiciel de suivi de la qualité, et le logiciel de suivi de soins actuellement utilisé. Le risque que représente un changement d'outil au regard des résistances des personnels à utiliser le logiciel existant a été souligné par les interlocuteurs, de même que l'effort de formation supplémentaire à prévoir, ce dont la mission convient.

R indique pour sa part utiliser le logiciel Qualnet. D'autres établissements utilisent logiciel qualité Pelikan/BlueKanGo. Le logiciel de suivi de soin Netsoins est utilisé par exemple au sein du groupe Y ou du groupe N.

Concernant ce dernier logiciel de soins, sans onglet pour la déclaration d'évènements indésirables au vu des déclarations des interlocuteurs rencontrés, la mission souligne que les

El remontés ne sont pas accessibles à la direction de l'établissement, ce qui implique le filtre du cadre de santé et sa vigilance pour remonter à son tour l'évènement.

Les constats de la mission rejoignent sur ce point largement certaines conclusions du rapport conjoint de l'IGAS et de l'IGF de mars 2022²⁵. Le rapport précisait que pour les EIGS, la déclaration passe par l'utilisation de NETSoins, la direction de l'établissement n'ayant pas accès à l'appliquatif ou ce dernier ne permettant pas de signaler certains incidents. Une infirmière rencontrée par la mission indique que le chemin de signalement dans NETSoins lui permet de signaler seulement les chutes, ce qu'une présentation de l'outil a confirmé.

Pour l'ensemble de ces procédures et outils de remontée des EI, comme pour ceux mis en place pour le traitement des EIG, des plaintes ou des réclamations, la difficulté essentielle au regard du contexte général des EHPAD reste la possibilité d'appropriation par les personnels. L'existence de procédures formalisées constitue la base d'une démarche qualité. Pour autant, si le processus peut être clairement défini, la bonne mise en œuvre nécessite un personnel formé et suffisamment stable pour intégrer la culture de base et s'approprier les procédures et les outils qui la déclinent. Les sous-effectifs, le turn-over, les contrats courts constituent clairement des obstacles auxquels peuvent s'ajouter les difficultés induites par la complexité des procédures elles-mêmes et l'absence de maîtrise des outils. Au-delà de l'impulsion donnée par le siège, le défi managérial pour impulser et faire vivre les processus mis en place est réel.

3.2.3.6. Une culture de l'oralité qui ne facilite pas le traçage des déclarations

La transmission peut être orale et écrite et selon des modalités diverses. Néanmoins, la culture de l'oralité reste très présente au niveau des personnels de terrain dans la majorité des EHPAD. Par écrit, la transmission peut être effectuée via une fiche d'évènement indésirable remise ou transmise au cadre, par mail, et via le logiciel déployé dans les établissements. **Les trois modalités peuvent être utilisées de façon concomitante.** R indique par exemple que les évènements indésirables sont rapportés de manière orale auprès de l'encadrement, des fiches descriptives relatives aux évènements indésirables complétées et transmises à la direction de la qualité et de la gestion des risques, le logiciel Qualnet étant par ailleurs à disposition de l'ensemble des personnels.

Les établissements semblent avoir intégré les difficultés ou les réticences des personnels à utiliser les divers outils mis à leur disposition et la faible culture de l'écrit déjà soulignée. Dans la plupart, les agents remontent les EI oralement, auprès des cadres et responsables de services, lors des transmissions, des réunions de services. La formalisation des EI et l'inscription dans le logiciel sont effectuées ensuite par la direction ou les cadres. Au-delà de l'alourdissement de la charge de travail des cadres, ces pratiques, bien que pragmatiques, induisent le risque de non appropriation des dits outils par le personnel et rendent plus aléatoire la traçabilité de tous les EI.

²⁵Rapport de mission IGAS n°2022-016-R et IGF n°2022-M-012-07 sur la gestion des EHPAD du groupe Orpéa (mars 2022) page 11 : « Les rapports de contrôle des ARS comme les constats établis par la mission lors de ses visites d'EHPAD en février 2022 relèvent de nombreux écarts ou dysfonctionnements relatifs au signalement des EIG dans les EHPAD :

- la quasi-totalité des rapports des ARS souligne que ces procédures sont peu connues et peu appropriées par les personnels ;
- les remontées d'incidents sont majoritairement à l'oral en interne à l'établissement sans dispositif de traçabilité ;
- il existe peu de culture partagée et de réflexion commune sur la définition d'un évènement indésirable ou d'une maltraitance ;
- très peu d'analyse des causes qui puisse permettre d'en prévenir la réitération et de développer une culture de l'approche par les risques, le cas échéant au-delà des seules réponses médicalisées. Une mini-formation se substitue parfois à cette analyse des causes. »

Recommandation 2 : Formaliser les procédures internes de remontée d'EI et les intégrer au projet d'établissement pour instaurer une culture de la traçabilité des EI

En réponse au rapport provisoire, la DSOL a indiqué que la formalisation des procédures internes de remontée d'EI a toujours été un point de contrôle par le pôle pilotage DSOL dans le cadre des missions d'inspections et fait l'objet d'injonction systématique. La plupart des établissements ayant déclaré disposer de procédures, la question cruciale est leur appropriation par les professionnels, d'autant plus dans un contexte de fort turn-over et de personnels temporaire. L'intégration au projet d'établissement est une action sur laquelle les tutelles ne peuvent qu'être incitatives et qui ne suffira pas à développer la culture métier.

Concernant le pôle opérateur (CASVP), la DSOL a précisé qu'il existe bien une procédure de remontée des EI et EIG, mise à jour par la coordinatrice des soins en central, qui communique régulièrement sur cette procédure auprès des cadres supérieurs et cadres de santé, lors des formations qu'elle anime. La bonne appropriation de cette procédure sera évaluée selon la DSOL dans le cadre des auto évaluations et évaluations HAS, mais également intégrée aux projets d'établissements qui en découleront.

Les auditrices conviennent que l'enjeu de l'appropriation des procédures est central pour la remontée des signalements. Si ce sujet est particulièrement complexe du fait des difficultés récurrentes de recrutement et de fidélisation des personnels, l'intégration des procédures internes de remontées des EI au projet d'établissement devrait contribuer à une meilleure appropriation de celles-ci.

3.2.3.7. Certains EI relatifs aux perturbations dans l'organisation du travail sont remontés par les personnels pour dénoncer leurs conditions de travail, sans lien direct avec un impact sur la prise en charge des résidents

Le but de la déclaration des EI est de traiter tout évènement ayant pour effet de menacer la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge. C'est dans cet esprit que la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 dispose que les EIG doivent être transmis aux autorités de contrôle (cf. 1.1.2).

Ce principe n'est pas toujours bien compris par les établissements et/ou les OG. À titre d'exemple, un EHPAD du CASVP accueillant une part importante de résidents ayant connu un parcours de rue ou d'addictions, considère comme évènement indésirable les agressions récurrentes de son personnel par les résidents et utilise l'application ESPRI²⁶ de la Ville de Paris pour les signaler. Or, cette application, destinée à recenser les signalements d'agressions dans les équipements municipaux est manifestement inadaptée au traitement des EI en EHPAD. Il convient d'ailleurs à cet égard de rappeler que les violences commises dans les ESMS à l'égard du personnel ont vocation à être recensées par l'Observatoire national des Violences en milieu de Santé²⁷ et non par l'Observatoire parisien de la tranquillité publique de la Ville de Paris à laquelle l'application ESPRI concourt.

²⁶ ESPRI est une application informatique mise en place par la DPSP qui permet aux directions de recenser les signalements d'agression dans les équipements municipaux, qu'il s'agisse d'atteintes aux personnes, aux biens ou à la tranquillité publique mais aussi les faits de violence, fût-elle verbale, envers les agents de la Ville de Paris.

²⁷ « Les établissements médico-sociaux déclarent très peu de signalements à l'ONVS. Les liens développés et visites effectuées montrent que les violences sont autant présentes en ces structures que dans les établissements de santé. Les violences semblent davantage du domaine des violences commises en raison d'une pathologie. Toutefois, l'ONVS encourage les directeurs de ce type structure à davantage se rapprocher des forces de police et de gendarmerie pour évoquer toutes les problématiques d'atteintes aux personnes et aux biens qu'ils peuvent rencontrer (vol, dégradation, intrusion, harcèlement, conflit familial se reportant sur le personnel, menace de dépôt de plainte contre le personnel, violences, etc.). Cette relation de proximité est un appui essentiel pour les soutenir dans la bonne gestion de leur établissement tandis

La situation particulière d'un EHPAD en termes d'accueil de publics spécifiques et difficiles peut amener à avoir une pratique de la remontée du signalement adaptée en termes de gravité comme il sera détaillé infra (cf. partie 4).

Toutefois, la démarche de déclaration des événements indésirables affectant les résidents ne saurait être détournée, pour plus d'acceptabilité en termes de dialogue social dans l'EHPAD, pour être utilisée comme un moyen de faire état des conditions de travail des personnels, aussi difficiles soient elles, la déclaration des EI devant être un indicateur de la démarche de la qualité de la prise en charge des résidents. Ainsi, ce même établissement a déclaré, entre 2018 et 2021, 302 EI dans Titan dont 203 concernent les conditions de travail des personnels : conflits verbaux et agressions physiques de la part des résidents à l'encontre du personnel, menaces et insultes - parfois à caractère raciste- des personnels de la part des résidents, manque de personnel, conditions de travail bruyantes, fatigue des personnels, harcèlement psychologique entre personnels.

Parallèlement, aucun de ces EI n'a été qualifié par la direction de dysfonctionnement grave ni d'EIGS et aucun n'a été remonté aux autorités de contrôle sur la période considérée, et ce alors même que le détail des événements laisse apparaître des situations préoccupantes, notamment quant au circuit de distribution du médicament.

Cette difficulté de situer clairement ce qu'est un EI, se vérifie aussi auprès des personnels.

Dans un autre EHPAD, un entretien avec cinq aides-soignantes a mis en évidence une conception de l'événement indésirable éloigné de sa définition réglementaire, l'EI étant perçu du point de vue de son impact sur les conditions de travail. Ont par exemple été citées les difficultés de surveillance des résidents, notamment atteints de troubles cognitifs, contraignant à des tâches répétitives ou les perturbations que pouvaient entraîner les visites des familles.

Il est à souligner qu'un autre EHPAD public relevant du secteur hospitalier (R), confronté aux mêmes difficultés que l'EHPAD précédemment mentionné, en termes d'accueil de publics dits difficiles, a bien précisé dans sa charte de signalement des EI que le logiciel de déclaration des EI (Qualnet), n'a pas à se substituer aux procédures et aux circuits de déclaration en vigueur dans l'établissement. Cet EHPAD indique clairement qu'une FEI se distingue d'autres outils (déclaration d'accident du travail, rapport circonstancié, transmission ou moyen de communication entre collègues, outil de délation, notamment).

À cet égard, la mission souligne qu'une autre direction d'EHPAD du CASVP a insisté auprès des auditrices sur la nécessité pour les agents d'être accompagnés par les infirmières et l'adjointe aux soins afin de bien distinguer ce qui doit être déclaré dans TITAN en tant qu'EI, de ce qui doit relever des conditions de travail à déclarer dans le registre santé sécurité au travail. Cet EHPAD de 114 places a déclaré, entre 2018 et 2021, 204 EI dans Titan dont 21 concernent les conditions de travail des personnels, ce qui paraît tout à fait raisonnable au-delà des différences de public accueilli avec l'autre EHPAD du CASVP précédemment mentionné.

Des précisions gageraient à être insérées dans la charte d'incitation de déclaration des EI du CASVP, afin d'assurer une pratique homogène dans tous les établissements.

qu'ils ne bénéficient pas d'un encadrement aussi étoffé que dans les établissements de santé, qui facilite la prise en compte de cette problématique. » source : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/ameliorer-les-conditions-d-exercice/observatoire-national-des-violences-en-milieu-de-sante/dgos-onvs-rapports-annuels>

Les auditrices estiment que la déclaration des EI liés aux carences RH est à manier avec précaution. D'une part, ils peuvent en effet constituer un point d'alerte sur une carence dans la prise en charge des personnes âgées (ex. sous-effectif chronique du personnel) mais d'autre part ils peuvent aussi être sur-déclarés (ex. multiplicité des différends entre les personnels soignants qui devraient relever d'une gestion RH adaptée) et masquer l'existence d'autres EI plus graves.

Ainsi, chez S, les personnels peuvent déclarer des EI « CHSCT » dans le logiciel de déclaration des EI mais la bonne pratique préconisée par le groupe consiste à ce que la direction modifie en interne la déclaration car les EI n'ont pas vocation à recenser les problèmes liés aux conditions de travail du personnel, sauf cas particulier.

Au sein du groupe Orpée, le rapport IGAS/IGF²⁸ souligne que les événements indésirables liés aux « carence RH » (poste vacant de médecin coordonnateur ou difficultés importantes de recrutement ayant un impact sur le fonctionnement de l'établissement) ne font l'objet d'un signalement que depuis 2021 alors que ces situations concourent aux situations de maltraitance.

3.2.4. Les personnels ne sont pas suffisamment formés à la déclaration des EI

La majorité des directeurs s'accorde à considérer que le manque de formation des personnels soignants est un obstacle puissant à la déclaration des EI.

Le sous-effectif chronique, les contrats courts et un important taux de renouvellement, caractéristiques de métiers exigeants et peu rémunérés, nuisent à la formation des personnels, contribuant aux difficultés d'appropriation des procédures et des outils et plus largement à la culture de la déclaration. Ces difficultés structurelles sont par ailleurs considérées comme des facteurs importants de survenue d'événements indésirables dans les EHPAD.

3.2.4.1. Des formations à la déclaration des EI diversement dispensées

En réponse au questionnaire adressé par la mission, si la majorité des établissements déclarent que leurs personnels sont formés régulièrement à la déclaration des EI (62,5% des établissements de l'échantillon), 40 % **déclarent qu'ils ne le sont pas**, soit 23 établissements de statut divers, dont un des établissements visités par la mission. Ces déclarations incitent en elles-mêmes à renforcer les efforts de formation sur ce sujet.

Pour autant, la formation à signaler les EI et leur remontée effective n'apparaissent pas mécaniquement liées. 65,5% des établissements qui indiquent que leurs personnels remontent les EI²⁹ déclarent parallèlement qu'ils sont régulièrement formés pour cela. Mais 34,5% (20 établissements) indiquent aussi que leurs personnels remontent les EI sans être régulièrement formés pour autant. L'impact de la formation des personnels sur la remontée effective des EI n'apparaît pas totalement déterminant, au moins dans la perception des directions d'établissements.

Les modalités de la formation des personnels à la déclaration des EI peuvent être diverses, allant du programme ou parcours de formation structuré, notamment pour les cadres, aux sensibilisations pour les personnels. Seize établissements indiquent ainsi plutôt des actions de sensibilisation vis-à-vis des personnels, soit via des « mini formations », souvent internes, soit via des rappels d'information ou de consignes lors des transmissions ou réunions de services.

²⁸ Page 12

²⁹ 38 établissements sur les 61 répondants

Le manque de stabilité des équipes, les absences, la gestion complexe des plannings, sont des facteurs souvent cités, amplifiés par la crise COVID, pour expliquer à la fois l'absence de formation et les modalités privilégiées pour la dispenser, qui s'apparentent plus à des rappels de consignes qu'à des formations proprement dites. Certains établissements indiquent d'ailleurs diffuser des guides pratiques, plaquettes aide-mémoire ou fiches réflexe en appui.

La mission attire néanmoins l'attention sur le fait que les formations de très courte durée, ou les rappels de consignes qui peuvent être effectués dans le cadre du travail quotidien, quoiqu'utiles, apparaissent insuffisants pour garantir une appropriation de la démarche de déclaration et au-delà de son intérêt en matière de qualité. Un champ plus large doit être couvert, permettant au-delà de la connaissance des problématiques spécifiques liées au grand âge, l'appropriation des procédures de déclaration et des démarches qualité auxquelles elles doivent contribuer.

Au CASVP

Les formations plus globales lancées par le CASVP fin 2020 vont dans ce sens.

En effet, le CASVP organise des formations de 2 heures. Dispensées en interne, ces formations, dont le support est présenté en annexe 9, ont été initiées par la responsable qualité du CASVP en 2019 dans un établissement où elle exerçait les fonctions d'adjointe aux soins. Elles se conjuguent aujourd'hui avec l'animation d'un réseau des cadres de santé, et prochainement un réseau des IDEC, qui doivent permettre d'amplifier et de diffuser la culture de la déclaration. 230 agents ont été formés entre avril et début juin 2022. Ces formations sont utiles et doivent être poursuivies.

La mission relève cependant que si certains EHPAD ont indiqué dans leurs réponses des taux de formation à la déclaration des EI, le **CASVP ne garde pas trace du taux de formation des personnels des EHPAD formés à l'utilisation du logiciel TITAN³⁰** pourtant installé en 2017. Un suivi de cet indicateur doit être mis en place.

Recommandation 3 : Assurer une formation à la déclaration des événements indésirables, adaptée à l'ensemble des personnels des EHPAD permettant l'appropriation d'une culture de la déclaration

La DSOL indique qu'elle est favorable à ces mesures et à inciter les gestionnaires à mettre en place ces actions, dans le cadre d'un objectif spécifique du CPOM. Elle précise que cela est d'ailleurs déjà contrôlé systématiquement dans le cadre des inspections, cette action concernant tous les gestionnaires et pas seulement le CASVP où ce type de formations est déjà à l'œuvre.

Le CASVP indique pour sa part que la coordinatrice des soins a relancé un cycle de formations, qu'elle se rend dans tous les EHPAD pour intervenir directement auprès des équipes et rappeler le cadre et la façon de le mettre en oeuvre (EI sur Titan, réunions de transmissions, EIG tutelles). Chaque semaine, elle passe en revue l'ensemble des EI renseignés par les établissements, les analyse et accompagne les établissements dans leur traitement (mise en oeuvre de RETEX, de RMM, formations, actions correctrices etc.), en lien avec les autres personnels impliqués (médecin conseil, infirmière hygiéniste etc.). En l'absence récurrente de déclarations, elle se rapproche des établissements pour leur proposer des formations. Elle accompagne aussi les EHPAD dans la rédaction des EIG à la demande des établissements.

³⁰ Logiciel de soins installé en 2017 dans les EHPAD du CASVP

Ce plan d'action commence à porter ses fruits aux yeux du CASVP qui observe depuis début 2022 une augmentation du nombre de déclarations que ce soit en interne (Titan) ou aux tutelles. D'autres dispositifs de formation permettent selon la DSOL de rappeler la nécessité de déclaration (ex formations à la bientraitance délivrées par Demeter).

Un comité de suivi des EI / EIG va être mis en place au niveau de la sous-direction et permettra d'identifier d'autres actions à mettre en place pour améliorer les déclarations. Une refonte des parcours obligatoires de formation est par ailleurs en cours, pour renforcer toutes les formations et les sensibilisations (obligatoires ou non), et feront l'objet d'un suivi approfondi. Des guides métiers vont aussi être rédigés et intégreront pour les soignants la nécessité de procéder aux déclarations. Dans le cadre des travaux sur la démarche qualité, plusieurs volets permettront enfin de renforcer les déclarations : généralisation des comités éthique, autoévaluation, projet d'établissement.

3.2.4.2. Des formations à la bientraitance

Les formations à la bientraitance, constituent souvent un volet obligatoire dans la formation des personnels des EHPAD. Elles sont naturellement impactées par les difficultés évoquées ci-dessus.

Ainsi, au sein du groupe S, quatre campagnes annuelles de formation interne se déroulent pendant environ six semaines, les cadres de santé ayant pour mission de véhiculer les messages et kits délivrés par le siège. Une campagne relative à la bientraitance s'est ainsi déroulée de janvier à février 2022.

Les établissements des groupes M et N visités par les auditrices, disposent également d'un plan de formation obligatoire à la bientraitance. Les établissements ont précisé y associer des formations internes dispensées par leur psychologue à partir de cas pratiques vécus dans l'établissement. L'établissement visité de l'association B prévoit une formation bientraitance obligatoire pour tous les salariés, y compris les vacataires, réitérée tous les deux ans.

Si l'enjeu de ces formations apparaît bien compris, la nécessité de stabiliser les équipes pour garantir la formation de tous les personnels reste prégnante. Au sein de l'établissement Y visité, la directrice a ainsi déclaré que l'ensemble des personnels était formé à la bientraitance sans pour autant être en capacité de fournir des chiffres au vu du manque de stabilité de ses effectifs.

Cette difficulté induit en parallèle la nécessité de réitérer régulièrement ces formations, notamment auprès des nouveaux arrivants. Un autre établissement visité a ainsi indiqué que les dernières formations relatives à la bientraitance des personnels soignants remontaient à 2018, ce qui constitue un point de vigilance.

Des formations d'équipe au CASVP

Les formations à la bientraitance et la lutte contre la maltraitance font partie du parcours de formation obligatoire des personnels soignants des EHPAD. Pour poursuivre dans une approche plus collective et développer la culture de bientraitance, un **marché de formation sur la bientraitance des personnes âgées a été mis en place fin 2020, décliné par établissement**. Adressée de manière différenciée aux personnels de l'équipe de direction (1 jour) et aux personnels des équipes soignantes (4 jours), ces formations prévoient des groupes de travail, d'analyses de pratiques et un plan d'action adapté à la structure. Interrompue par la crise sanitaire, la prestation doit concerner 5 EHPAD en 2022-2023³¹. Le

³¹ CASVP, projet de communication au Conseil d'administration, avril 2022.

CCTP prévoit que 4 à 6 EHPAD pourront bénéficier de cet accompagnement sur 4 ans³². 4 des 5 EHPAD du CASVP avec lesquels les auditrices ont échangé forment leur personnel en application de ce marché, le 5^{ème} privilégiant les actions flash délivrées par l'équipe mobile de gériatrie et les réunions de recadrage.

Cette nouvelle démarche de formation, ne se limitant pas à des formations ponctuelles et permettant d'accompagner les établissements dans une réflexion collective sur la bientraitance, constitue un appui pour faire évoluer favorablement les pratiques et développer une culture positive du signalement. La mission encourage à en suivre attentivement les résultats, notamment sur le taux de remontée des signalements des établissements, et à l'amplifier en conséquence.

Afin d'encadrer la lutte contre la maltraitance, les établissements disposent pour la plupart d'outils ou de chartes spécifiques. Une fiche a été réalisée par le CASVP (Annexe 10) relative à la procédure de prévention et de traitement des faits de maltraitance en EHPAD. D'autres OG en disposent également.

Recommandation 4 : Vérifier annuellement le taux de formation des personnels à la bientraitance, y compris pour les personnels en contrat court

En réponse au rapport provisoire, la DSOL indique être favorable à cette mesure. Le CASVP indique que le suivi des formations est un axe de progrès bien identifié, et constitue une priorité pour 2023.

3.3. Les autorités de tarification et de contrôle et les OG des EHPAD ne s'investissent pas suffisamment à travers les CPOM dans une démarche qualité qui prenne en compte la remontée des événements indésirables

Les cadres de la DSOL interrogés par les auditrices sur le rôle des CPOM³³ comme outils de veille sur le suivi des événements indésirables et la prévention de la maltraitance ont indiqué que cette fonction n'était exercée que très marginalement. À leurs yeux, la négociation du CPOM peut être l'occasion de rappeler des engagements et d'inciter les organismes gestionnaires (OG) à orienter les EHPAD vers certains projets.

La DSOL a indiqué que les CPOM actuels ne ciblent pas comme objectifs à part entière le traitement des EIG, ce qui devra amener à travailler sur une nouvelle trame avec l'ARSIF pour intégrer cette dimension.

Actuellement, la démarche qualité visant à réduire les risques par une meilleure déclaration des EI en EHPAD n'apparaît dans aucun des CPOM transmis par la DSOL.

La dimension « maîtrise des risques » apparaît dans les objectifs contractualisés d'un seul CPOM signé en 2018, sans que le traitement des événements indésirables y soit explicité. Dans un autre OG, dont le CPOM a été signé en 2021, la grille d'autodiagnostic avant négociation mentionnait : « 1-4 renforcer la sécurité des usagers par la protection et la gestion des risques individuels et collectifs ». Parmi les objectifs proposés par l'OG figurait la centralisation des recueils d'événements indésirables et la mutualisation des procédures.

³² CCTP 2020 prestations de formations à la bientraitance des personnes âgées à destination des personnels du Centre d'action sociale de la Ville de Paris

³³ Contrat Pluri-Annuel d'Objectifs et de Moyens, instauré par la loi d'adaptation de la société au vieillissement et la loi de financement de la sécurité sociale de 2015, les CPOM ont été négociés pour la première fois entre 2017 et 2021 entre les autorités de tarification et les organismes gestionnaires d'EHPAD

Pour autant, sans explications sur ce point, la négociation du CPOM n'a pas retenu les objectifs proposés par l'OG.

Les constats des auditrices sur le peu de soutien qu'apportent les CPOM dans la dynamique de recueil et de traitement des événements indésirables, rejoint les conclusions de la Cour des Comptes³⁴ (et celles plus générales du rapport de la commission des affaires sociales du Sénat³⁵ quant aux nécessaires améliorations de cet outil en termes d'efficacité) qui relève d'une part que le CPOM ne fait qu'entériner des actions déjà mises en œuvre, les autorités signataires renvoyant aux appels à projets, à candidature ou à manifestation d'intérêt sur les sujets de transformation ou de développement de l'offre. Et d'autre part que les éléments d'autodiagnostic des OG sur la qualité de prise en charge, qui figurent dans les CPOM, sont peu confrontés aux évaluations externes et internes réalisées et ne font pas systématiquement l'objet de visites de contrôle des autorités de tarification préalables à la contractualisation. Même lorsque des objectifs de qualité sont déclinés dans les annexes des CPOM, leur suivi à mi-parcours n'est pas effectif et qu'ils soient standardisés ou individualisés, les objectifs fixés dans les CPOM ne s'appuient, sauf exception, sur aucun accompagnement financier, ce qui limite leur portée.

La contractualisation des objectifs en termes de traitement des événements indésirables entre les OG et leurs autorités de tarification et de contrôle constitue une étape nécessaire dans la mise en place d'une démarche qualité dans les EHPAD.

Recommandation 5 : Contractualiser dans les CPOM le recueil et le traitement des EI et EIG et accompagner la démarche qualité lorsque les indicateurs afférents apparaissent peu performants

En réponse au rapport provisoire, la DSOL indique que c'est déjà le cas pour les CPOM en cours de négociation toutes catégories d'ESMS confondues. Pour les autres ce sera fait dans le cadre du renouvellement mais il restera toutefois à accompagner cet objectif d'indicateurs.

3.4. Le recueil des réclamations et plaintes des résidents et de leurs familles est lacunaire

3.4.1. Une absence de mode opératoire de remontée des réclamations des résidents et de leurs familles pour la Ville et un suivi inégal selon les autorités de contrôle

Contrairement à l'ARS, la DSOL ne dispose pas de dispositif de recueil des réclamations des résidents et de leurs familles. Sur la période, le tableau de suivi mentionne 27 lettres de plaintes alors que l'ARS, qui dispose d'une adresse mail dédiée, recense 141 réclamations. La Ville apparaît peu identifiée sur le sujet. Les plaintes enregistrées proviennent en quasi-totalité des familles ou des proches des résidents, avec des motifs divers, reliés le plus souvent au suivi médical ou paramédical, souvent suivis avec l'ARS, mais aussi à des conflits avec les familles.

La DSOL indique que chaque réclamation qui leur parvient fait l'objet d'un accusé de réception. Cette affirmation a été corroborée par les associations de familles de résidents

³⁴ « La prise en charge des personnes âgées en EHPAD- Un nouveau modèle à construire- Communication à la commission des affaires sociales du Sénat-Février 2022 » p.72

³⁵ Rapport d'information n°771 de la commission des affaires sociales du Sénat relatif au contrôle des EHPAD-12 juillet 2022- Bernard Bonne et Michelle Meunier- p.63 à 72

rencontrées, qui déplorent cependant l'absence d'information en cours de traitement et surtout à l'issue de celui-ci et indiquent que les réponses renvoient parfois vers une autre institution.

À cet égard le rapport du Défenseur des Droits³⁶ fait état de réponses contradictoires qui peuvent être apportées par la Ville et l'ARS à une même plainte. En l'espèce, les auditrices n'ont pas rencontré d'exemples similaires à Paris sur la période considérée.

L'examen du tableau de suivi de la DSOL tend à corroborer les déclarations des associations de résidents en ce que peu de dossiers mentionnent la date de clôture du dossier et qu'il n'existe pas de colonne relative à la réponse apportée au résident ou à sa famille. Ces lacunes devraient pouvoir être corrigées par la création d'une nouvelle base de données (cf. recommandation n° 14).

L'ARS a indiqué à la mission que certaines réponses étaient faites par le siège régional pour trois catégories de « signaux » : la maltraitance, les agressions entre usagers et les conflits avec les familles et les tiers. S'agissant de la procédure de traitement et suivi des réclamations par l'ARS, elle expose adresser un accusé de réception puis demander à l'établissement concerné soit de répondre directement si la plainte est simple à traiter soit de fournir à l'ARS des éléments pour qu'elle-même puisse rédiger une réponse.

Toutefois, **face à l'explosion des réclamations au premier trimestre 2022, l'ARS a indiqué avoir récemment allégé sa procédure en supprimant l'accusé de réception pour consacrer plus de temps au traitement.**

Il a été souligné que les réclamations les plus difficiles à traiter, et donc celles pour lesquelles le délai de traitement est le plus long, sont celles qui impliquent de mobiliser d'autres institutions, par exemple l'inspection du travail ou la DRHIL³⁷. Pour répondre à ce besoin, l'ARS souligne les ressources qu'elle met à disposition des EHPAD (la Staraqs³⁸ par exemple) et les démarches à mettre en œuvre par les EHPAD eux-mêmes : mise à jour des projets d'établissements, travaux sur les démarches de bientraitance).

Recommandation 6 : La Ville de Paris doit se doter d'un dispositif de recueil des réclamations et, au-delà d'un accusé de réception, apporter une réponse aux plaintes et réclamations à l'issue du traitement effectué

En réponse au rapport provisoire, la DSOL ne partage pas l'indication d'absence de mode opératoire et d'outil de traitement des réclamations et précise qu'un mode opératoire a été transmis à tous les gestionnaires en novembre 2021, une boîte générique dédiée étant maintenant largement utilisée par les gestionnaires.

Elle indique qu'un tableau de suivi a été mis en place en 2019 et qu'un suivi systématique des réclamations (que la SDA appelle « plaintes » ou « signalements ») existe, au même titre que le suivi et le traitement des EIG (dysfonctionnements graves) même s'il est effectivement difficile de parler de dispositif. Elle précise que toutes les réclamations reçues font l'objet d'une réponse, ce à quoi le service s'attèle depuis plusieurs mois.

La DSOL partage la nécessité d'apporter une réponse une fois le traitement effectué, en soulignant que dans les faits, la réponse apportée ne peut être « standardisée » et s'avère assez complexe dans certaines situations (notamment situations relevant de conflits très ancrés entre les familles et l'EHPAD).

³⁶ Rapport du Défenseur des Droits- Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD- Avril 2021

³⁷ Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement

³⁸ Structure régionale d'appui à la qualité et à la sécurité des soins

Elle indique enfin, que si ce dispositif implique la mise en place d'un outil en lien avec la DSIN il doit s'inscrire dans le cadre des nombreux projets informatiques à mener qui font l'objet d'une programmation.

Les auditrices tiennent à souligner que la boîte générique dont dispose la DSOL est ouverte aux seuls gestionnaires d'établissements. Contrairement à l'ARS qui dispose d'une boîte dédiée ouverte aux particuliers, la DSOL n'a mis en place aucun système de remontée à son niveau des réclamations des résidents et des familles.

Les auditrices ont constaté à la lecture du tableau de suivi utilisé par la DSOL que les réclamations étaient reçues par divers canaux mais n'étaient pas toutes directement adressées à la DSOL. Les auditrices rappellent par ailleurs que le tableau de suivi ne permet pas de savoir si une réponse a été faite ou non.

3.4.2. Des procédures de remontée des réclamations peu formalisées dans les établissements

Pour 80% des établissements répondants au questionnaire, les plaintes et réclamations font partie des EI et près de 87% disent disposer d'une procédure pour les traiter. Plusieurs établissements ont à cet égard transmis des procédures de gestion des plaintes et réclamations.

Les personnels soignants sont toujours les premiers interlocuteurs vers lesquels les résidents et les familles sont orientés, puis les cadres et les personnels de direction, oralement, par courriel ou courrier.

Si certaines procédures précisent traiter des réclamations écrites et orales, les réclamations orales devant dans ce cadre être retranscrites, d'autres s'attachent aux réclamations écrites (courriels, courriers, FEI). L'une des fiches de procédure prévoit à cet égard qu'à défaut d'une transmission par courriel, les familles ou résidents doivent s'adresser à l'agent d'accueil de l'établissement qui formalisera la plainte et l'adressera au cadre de l'établissement concerné. Bien que cette mesure ait sans doute pour objet de faciliter le signalement, la mission émet des doutes sur son efficacité, au vu de l'absence de confidentialité induite.

Pour faciliter la remontée des plaintes, réclamations et plus largement des événements indésirables, de nombreux établissements font état de fiches de réclamations, registres, ou cahiers de réclamations, ainsi que de fiches d'événements indésirables (FEI), mis à disposition des résidents, des familles et des personnels, le plus souvent à l'accueil.

En terme de traitement, les protocoles et fiches de procédure de gestion des plaintes et réclamations décrivent en général un processus de traitement similaire à celui des EI, avec un enregistrement (logiciel, ou autre outil), une évaluation de la gravité pour apprécier s'il s'agit d'un EI simple ou d'un EIG, la mise en place de mesures correctives, une réponse et une clôture. Le CASVP par exemple traite dans la même fiche³⁹, le signalement des événements indésirables graves (EIG), des événements indésirables simples (EI) et des plaintes, avec une déclaration sur le logiciel (TITAN). En fonction de la gravité, la plainte ou réclamation peut être reclassée en EI simple en ou EIG et suivre dès lors la procédure afférente de déclaration aux autorités de contrôle. Le principe de la réponse, précédée éventuellement d'un accusé de réception, est mentionné dans toutes les procédures, certaines avec des délais précisés.

Comme pour les EI, la plupart des procédures mentionne le recours au siège ou au niveau régional. Le siège intervient en appui, en fonction de la gravité ou pour apprécier le niveau

³⁹ CASVP, Procédure de signalement d'un événement indésirable (EI), d'un événement indésirable grave (EIG) ou d'une plainte, mars 2022

de risque ou de gravité, pour préparer la réponse, voire la valider. Le niveau d'intervention apparaît plus ou moins prégnant selon les OG. La procédure K mentionne par exemple une transmission systématique, un traitement et un suivi par l'établissement en lien avec le siège ; les services du siège interviennent sur toutes les étapes dans la procédure Y. Le siège peut également être sollicité en recours, par exemple pour procéder à une médiation si la situation ne peut pas être réglée par l'établissement (A, S).

Si la quasi-totalité des établissements répondant au questionnaire (93,44%) indiquent qu'une réponse est apportée à chaque signalement ou plainte, les associations de résidents et de familles de résidents entendues par la mission considèrent quant à elles que le fonctionnement institutionnel des EHPAD conduit à limiter les plaintes. Elles avancent à cet égard la difficulté de formuler une réclamation écrite ou orale pour de nombreux résidents, notamment les personnes désorientées, les résidents pouvant par ailleurs hésiter à se plaindre. Elles déplorent également l'interdiction d'intervenir pour le compte de résidents isolés et l'absence d'assistante sociale dans les EHPAD du CASVP.

3.4.3. Les signalements des résidents doivent être facilités

En réponse au questionnaire qui leur a été adressé, 88,5% des établissements de l'échantillon indiquent informer les résidents et les familles sur les **possibilités d'effectuer une réclamation ou un signalement**. Cette information est faite lors de l'admission à la signature du contrat de séjour, voire de la pré admission, puis au fil de l'eau, oralement, par mail, lors des CVS, à l'aide de différents outils (formulaires, registres ou cahiers de réclamations par exemple).

Le livret d'accueil est le moyen d'information le plus cité. 78% des établissements indiquent que ce livret rappelle les droits des résidents et les possibilités de faire des réclamations et la quasi-totalité qu'un affichage sur le 3977 est effectué. 92% (56 établissements), indiquent que ces droits sont également rappelés dans les contrats de séjour.

A l'analyse, les documents remis à l'admission du résident se sont révélés lacunaires sur l'information des droits des résidents à formuler une réclamation et l'information donnée éparse.

3.4.3.1. Des informations éparées sur les droits et les possibilités de faire des réclamations et signalements

Dans le cadre réglementaire régissant l'exercice des droits des personnes prises en charge en EHPAD, trois documents sont remis au résident qui entre en établissement : le livret d'accueil, le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement de l'établissement. Ces documents, prévus par le CASF, apparaissent le plus souvent remis ensemble lors de l'admission du résident, lors de la signature du contrat de séjour.

Le **livret d'accueil**, auquel est annexée la Charte des droits et libertés de la personne accueillie et le règlement de fonctionnement de l'établissement, vise à garantir l'exercice effectif des droits de la personne prise en charge et à prévenir tout risque de maltraitance⁴⁰. Son contenu, la forme et les modalités de communication sont laissés à l'appréciation des établissements. La circulaire⁴¹ qui précise à titre indicatif la nature des renseignements qui pourraient figurer dans ces livrets, ne mentionne rien sur les possibilités de faire une réclamation ou d'effectuer un signalement.

⁴⁰ Article L311-4 du CASF

⁴¹ Circulaire N° 135 DGAS du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil prévu par l'article L311-4 du CASF.

Le **règlement de fonctionnement**⁴² définit les droits de la personne accueillie et les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de vie collective au sein de l'établissement. Le décret auquel il renvoie⁴³ mentionne qu'il doit indiquer les principales modalités concrètes d'exercice des droits du résident, conformément à l'article L. 311-3 du CASF⁴⁴, et préciser, le cas échéant, les modalités d'association de la famille à la vie de l'établissement ou du service.

Le **contrat de séjour**⁴⁵ stipule qu'il est élaboré avec la participation de la personne accueillie, ou de son tuteur et définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement ou de service. Il détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel.

À l'analyse des livrets d'accueil transmis⁴⁶, trois catégories d'informations apparaissent, les types d'informations pouvant différer selon l'établissement/OG :

1. des informations sur les possibilités et dispositifs d'expression et de participation à la vie de l'établissement : CVS⁴⁷, diverses commissions (menus, animation), réunions de résidents et/ou de familles, enquêtes de satisfaction ;
2. des informations sur les droits et les dispositifs d'accès aux droits : désignation de la personne de confiance⁴⁸, protection des données personnelles, accès au dossier médical, recours aux personnalités qualifiées⁴⁹, directives anticipées, recours au médiateur à la consommation, à la protection juridique, aux aides sociales. Ces informations y figurent de manière variable ;

Le recours à la personnalité qualifiée (PQ) est majoritairement mentionné. On note néanmoins que des ajouts sont à faire sur ce point dans les livrets de certains établissements, notamment ceux du CASVP ;

3. des informations sur les possibilités d'effectuer des réclamations et/ou des signalements, les personnes ou dispositifs ressources. Ce type d'information figure dans les livrets de 15 OG, de nature et de précision très variables. Au-delà du rappel des dispositifs externes : PQ, médiateur à la consommation, ALMA, s'agissant des ressources internes à l'EHPAD, la plupart renvoient aux directeurs, personnels soignants, aux référents du projet personnalisé. Les coordonnées téléphoniques et courriels de l'établissement, des cadres, ou de l'OG peuvent être fournis ou non,

⁴² Article L311-7 du CASF

⁴³ Décret n° 2003-1095 du 14 novembre 2003 relatif au règlement de fonctionnement institué par l'article L. 311-7 du code de l'action sociale et des familles

⁴⁴ L'article L311-3 du CASF stipule que l'exercice des droits et libertés est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Outre le respect de sa dignité, de son intégrité, de son intimité, de son droit d'aller et venir librement, l'article mentionne, sous réserve des nécessités liées à la protection des mineurs ou des majeurs protégés, le libre choix des prestations, une prise en charge et un accompagnement individualisé favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, dans le respect de son consentement, ou de son tuteur tenant compte de son avis en cas de mesure de protection juridique, la confidentialité des informations, l'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, une information sur ses droits fondamentaux et les protections légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que les voies de recours à sa disposition, sa participation au projet d'accompagnement ou la recherche de son avis en cas de mesure de protection juridique.

⁴⁵ Article L311-4 du CASF

⁴⁶ Ont été examinés les livrets d'accueil de 16 OG, 4 n'ayant pas transmis d'exemplaire de livret d'accueil.

⁴⁷ Article L311-6 du CASF

⁴⁸ Article L311-5-1 du CASF

⁴⁹ Dispositif prévu à l'article L 311-5 du CASF qui stipule que « Toute personne prise en charge par un établissement ou un service social ou médico-social ou son représentant légal s'il s'agit d'un mineur peut faire appel, en vue de l'aider à faire valoir ses droits, à une personne qualifiée qu'elle choisit sur une liste établie conjointement par le représentant de l'Etat dans le département, le directeur général de l'agence régionale de santé et le président du conseil départemental. »

sept indiquent l'existence de fiches d'EI/réclamations/suggestions, cahiers de réclamation/doléances, boîte à lettres, mis à disposition principalement à l'accueil.

L'absence d'homogénéisation des informations données quant aux droits des résidents dans le livret d'accueil, notamment au sein des EHPAD du CASVP, conduit à des initiatives isolées de certains directeurs pour rédiger le leur. Il serait souhaitable que cette homogénéisation et diffusion des bonnes pratiques soit prise en charge par le CASVP, ce qui permettrait de soulager la charge de travail des directions d'établissement.

Concernant les contrats de séjour, sont essentiellement mentionnés les recours juridiques en cas de litiges (recours au médiateur à la consommation, protection des données personnelles notamment).

On note néanmoins que des informations supplémentaires peuvent parfois y figurer, telle par exemple que la possibilité d'avoir recours à un médiateur conventionnel de l'OG, ou la possibilité de contacter un service relations familles (par exemple pour S, dans le chapitre règlement des litiges).

Des informations similaires peuvent aussi figurer dans le règlement de fonctionnement. Dans ceux dont la mission a eu connaissance, on remarque par exemple que l'information sur les recours en cas de maltraitance, notamment la référence au 3977, peut être précisée dans le règlement de fonctionnement mais pas dans le livret d'accueil, la mention des personnalités qualifiées ne figurant quant à elle que dans le contrat de séjour (par exemple W). L'existence d'un registre de réclamations peut être mentionnée dans le règlement de fonctionnement mais pas dans le livret d'accueil (par exemple X).

L'ensemble des informations sur les moyens de recours légaux, les possibilités ouvertes aux résidents et aux familles pour faire valoir leurs droits, gérer un litige, déclarer un incident, déposer une réclamation, apparaît en ce sens le plus souvent éparpillée dans différents documents, complexifiant la compréhension des voies, moyens et dispositifs disponibles.

Recommandation 7 : Prévoir pour tous les EHPAD un document dédié aux droits du résident (soit dans le livret d'accueil, le contrat de séjour ou tout document remis à l'admission), prévoyant les modalités d'exercice de ceux-ci ainsi que les personnes ressources pour les faire valoir

Recommandation 8 : Prévoir spécifiquement pour les EHPAD du CASVP une remise à jour du contrat de séjour et la création d'un livret d'accueil commun rappelant précisément les droits des résidents

En réponse au rapport provisoire, la DSOL indique être favorable à inciter l'ensemble des opérateurs à la mise à jour de ces documents.

Elle précise que dans les EHPAD du CASVP, une mise à jour du livret d'accueil va être faite en 2023, qui comprendra notamment une révision des informations sur les droits.

Recommandation 9 : Sensibiliser les résidents et leurs proches à la déclaration des événements indésirables par des campagnes régulières de communication adaptées aux différents publics des EHPAD

La DSOL a indiqué en réponse au rapport provisoire que la Ville de Paris a déjà commencé la démarche de sensibilisation et a élaboré à son initiative et diffusé aux EHPAD une affiche pour informer les familles des circuits de signalement (co-porté par l'ARS et ALMA PARIS).

3.4.3.2. Les personnalités qualifiées : un réseau mal identifié, non animé et peu sollicité

Le dispositif des personnalités qualifiées a été créé par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale qui a réaffirmé la place prépondérante des usagers. Toute personne prise en charge par un établissement ou un service social ou médico-social ou son représentant légal peut faire appel à une personne qualifiée (article L311-5 du CASF) pour faire valoir ses droits. La personne qualifiée assure à ce titre une médiation et un accompagnement.

La liste des personnes qualifiées est fixée pour chaque département par le préfet de département, le président du conseil général et le directeur général de l'Agence Régionale de Santé compétente⁵⁰. Sur Paris, la délégation départementale de Paris de l'ARS Ile-de-France réceptionne les demandes et les oriente vers les interlocuteurs compétents.

Le dispositif et la liste des personnalités qualifiées doit être porté à la connaissance des résidents et des familles, par affichage ou tout autre moyen, notamment dans le livret d'accueil. Les auditrices n'ont pas été en mesure de vérifier dans l'affichage de cette liste dans l'ensemble des établissements visités.

La mission a pu s'entretenir avec deux personnes désignées sur la période 2018-2021. Pour l'une, sollicitée durant la crise sanitaire, aucune médiation n'a pu être réalisée. La seconde a en revanche été missionnée à deux reprises sur des litiges de facturation relevés par des familles, pour lesquels la médiation a abouti.

Toutes les deux ont déploré l'absence d'animation du réseau des personnalités qualifiées, aucune ne se connaissant et aucune réunion n'ayant été organisée depuis leur nomination en 2018. Elles ont indiqué n'avoir jamais été contactées par des résidents d'EHPAD eux-mêmes et déclaré n'avoir aucun lien avec ALMA Paris ni avec les associations de familles de résidents. Les associations rencontrées considèrent pour leur part qu'il s'agit d'un dispositif non efficient.

Bien que peu nombreux, certains directeurs d'établissements rencontrés ne connaissaient pas ce dispositif. D'autres déplorent de ne pouvoir les saisir en cas de litiges avec les familles.

3.4.3.3. Les CVS : des instances à dynamiser

Le cadre réglementaire des conseils de la vie sociale (CVS) a été modifié en 2022 avec une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2023⁵¹.

L'article R331-10 du CASF impose aux directions d'EHPAD de **rendre compte en CVS des EIG déclarés**.

⁵⁰ Sur la période 2018-2021, la liste des personnalités qualifiées a été fixée par un arrêté du 23 mai 2018, n°2018-079. Un nouvel arrêté a été pris le 14 juin 2022.

⁵¹ Décret no 2022-688 du 25 avril 2022 portant modification du conseil de la vie sociale et autres formes de participation. Le texte modifie et élargit la composition du conseil de la vie sociale (CVS). Il modifie le fonctionnement de cette instance en instaurant l'obligation d'élaborer un règlement intérieur. Il élargit la consultation obligatoire du CVS sur de nouvelles questions intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service. Il permet la participation au CVS de représentants externes à l'établissement. Références : le décret est pris en application de l'article L. 311-6 du code de l'action sociale et des familles. Ses dispositions, ainsi que les dispositions du code de l'action sociale et des familles qu'il modifie, peuvent être consultées, dans leur rédaction issue de cette modification, sur le site Légifrance (<https://www.legifrance.gouv.fr>).

En réponse au questionnaire adressé par la mission, **la majorité des établissements (52,46%) a déclaré ne pas respecter cette obligation légale contre 44,26% la respectant et 3,28% ignorant si elle était remplie.** Les réponses peuvent être disparates au sein d'un même OG.

L'obligation peut être méconnue. Une directrice a par exemple indiqué avoir récemment découvert l'obligation.

Cette méconnaissance des obligations légales nécessite une correction rapide, certains OG avançant des arguments infondés pour s'en dispenser. Ainsi, la direction régionale d'un OG dont les établissements ne présentent pas le bilan des EIG en CVS a justifié la position en indiquant que cette disposition venait en contradiction avec la législation RGPD, ce qui est erroné, l'anonymisation des situations étant bien évidemment possible.

Si l'existence et la tenue régulière des CVS⁵² est vérifiée dans le cadre des inspections conduites par les autorités de contrôle, plusieurs établissements rencontrés ont souligné la difficulté à animer ces instances, et la DSOL note qu'il ils ne sont pas toujours très actifs, les sujets abordés étant généralement anodins.

Afin de dynamiser le fonctionnement des CVS et plus globalement de favoriser la participation et l'expression des résidents et des familles, un certain nombre de bonnes pratiques mises en place par certains EHPAD pourraient utilement être généralisées.

Par exemple, un EHPAD du CASVP organise chaque semaine une réunion des résidents, un professionnel se rendant près d'eux à l'issue pour recueillir les plaintes, propositions, remarques. En place depuis un an, ce dispositif est jugé positif, certains résidents venant régulièrement, et d'autres en fonction des sujets abordés.

Dans un autre EHPAD du CASVP une réunion de préparation est organisée en amont des CVS pour définir les sujets et permettre aux résidents de préparer la réunion.

Interrogées sur les CVS, les associations de familles de résidents suggèrent pour leur part une plateforme d'accompagnement permettant de former les participants sur leur rôle.

Elles souhaitent également faciliter l'expression des résidents et des familles en leur donnant la possibilité d'inscrire des points à l'ordre du jour, ce qui semble pertinent pour la mission.

Ces mêmes associations relient l'absence d'interlocuteurs des résidents à l'existence de maltraitements qu'elles sont incapables de dénoncer faute de pouvoir l'apprécier (exemple de maltraitance passive récurrente : sonnette sans réponse). Au-delà des CVS, elles réclament de l'information verbale à l'égard des résidents, qui pourrait prendre la forme d'ateliers de parole animés par un intervenant extérieur.

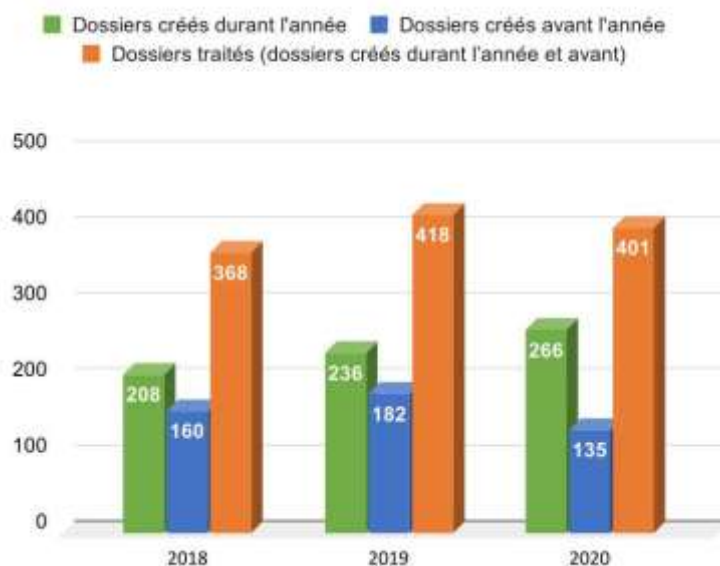
3.4.4. Le 39 77 : un dispositif qualifié en termes de lutte contre la maltraitance insuffisamment accessible aux résidents

ALMA-PARIS est une association parisienne de défense des personnes vulnérables en situation de souffrance ou de maltraitance. Créée en 2003 avec le soutien de la Ville de Paris, elle gère, pour le territoire parisien, la plateforme téléphonique du 39 77 (numéro national) qui vise à signaler et traiter les situations de maltraitance envers les personnes âgées et les adultes handicapés. Dans le cas où des éléments d'information permettent de conclure à un cas de maltraitance avéré, ALMA déclare les faits aux autorités de contrôle et au procureur de la République.

⁵² Un CVS doit se réunir au moins 3 fois par an

En 2020, ALMA a traité 401 dossiers dont 267 nouveaux dossiers. Le nombre d'appelants a augmenté de 20% ; les dossiers ouverts pour maltraitance en établissement ont baissé.

Graphique 5 : Nombre de dossiers traités par ALMA Paris - 2018-2020



Source : rapport d'activité Alma Paris 2020, capture d'écran

Le rapport d'activité 2020 d'ALMA Paris fait état de l'augmentation des situations de maltraitance (maltraitements psychologiques isolées, financières, négligences, maltraitements physiques, sexuelles et privation de droits) tant au domicile qu'en établissement depuis la crise sanitaire : 199 à domicile en 2020 contre 166 en 2019 et 68 en établissement en 2020 contre 56 en 2019. Cette augmentation est même qualifiée de très importante pour les personnes âgées (215 en 2020 contre 140 en 2018) par rapport aux personnes handicapées, pour lesquelles l'association intervient également.

Il y est mis en évidence qu'en établissement, on constate une baisse du pourcentage d'appels des victimes potentielles elles-mêmes (29% des appels en 2018, 22% en 2019 et 14% en 2020) que l'association attribue pour partie aux restrictions liées à la crise sanitaire et au rôle de relais pris par la famille face à la moindre présence de l'entourage social.

Les EHPAD rencontrés n'ont pour aucun d'entre eux évoqué la question de la **maltraitance financière**, qui peut recouvrir aussi bien des faits de tentative de vol, abus de confiance ou escroquerie de la part de proches, ce qui devrait conduire l'EHPAD à solliciter une mesure de protection juridique du résident afin de le protéger, que des faits de maltraitance financière commis par l'EHPAD lui-même, par exemple une double tarification des frais de séjour et d'hospitalisation, ou un non-respect des conditions financières du contrat de séjour à l'égard du résident. Pourtant, cette problématique a été ciblée comme centrale par les responsables de l'association ALMA Paris que les auditrices ont rencontré. **Il est important que des actions de sensibilisation soit délivrées en ce sens.**

En réponse au questionnaire adressé par la mission, seuls quatre établissements sur les 61 répondants indiquent ne pas avoir d'affichage du 3977 ou l'ignorer. Les auditrices n'ont pas toujours été en capacité de le vérifier lors de leurs visites et ont pu constater des pratiques divergentes : certains EHPAD ont plusieurs affichages tandis qu'un autre a disposé une affiche ancienne dans un endroit peu visible des résidents.

Un représentant d'une association de familles de résidents d'EHPAD a par ailleurs souligné les difficultés d'accès effectif au téléphone, tous n'étant pas en mesure de l'utiliser⁵³.

Les représentants de l'association ALMA Paris ont indiqué qu'ils étaient en général saisis par les familles et qu'il n'était pas toujours aisé pour les résidents d'entrer en contact avec eux.

La DSOL considère que l'association joue un rôle important d'apaisement et de médiation dès lors que les familles et résidents vont plutôt se tourner spontanément vers ALMA plutôt que de saisir la Ville d'une situation de maltraitance. La répartition des compétences suite au recueil d'une plainte ou d'un signalement a nécessité des discussions en 2020 ayant donné lieu à un relevé de conclusions, sans que les auditrices n'aient pu déterminer dans quelle mesure le signalement d'une réclamation était orienté vers la Ville.

La Ville n'enregistre pas les plaintes et réclamations reçues par ALMA. L'association a indiqué intervenir en amont pour clarifier la situation, assurer une médiation avec l'établissement, conseiller et orienter les plaignants, quitte à ce que la démarche débouche sur un signalement ou une plainte aux autorités de contrôle.

L'association a souligné la nécessité d'une relation confidentielle avec le plaignant pour garantir la confiance et l'expression de la plainte. La saisine directe du département par l'association est rare. Le tableau de suivi ne compte que trois signalements qualifiés en EIG, concernant un même établissement, sur les mêmes dates, sans doute le même. Plus globalement, le tableau de suivi de la DSOL ne mentionne que huit situations caractérisées de maltraitance sur la période 2018-2021.

Si la nécessité de confidentialité n'est pas contestée, des contacts réguliers entre la Ville et l'association apparaissent cependant nécessaires et méritent d'être renforcés pour permettre une réelle synergie entre les deux partenaires. Si tous les signalements auprès d'ALMA n'aboutissent pas à une saisine des autorités de contrôle, pour ceux qui y aboutissent, il est indispensable qu'ils soient particulièrement suivis et obtiennent une réponse. Les signalements effectués et traités par ALMA constituent par ailleurs des signaux faibles sur lesquels la Ville doit être informée pour y porter sa vigilance et agir en prévention. La DSOL a indiqué aux auditrices une remise à plat des modalités de travail avec l'association, visant à être davantage intégrée dans les remontées de signalements, ce que la mission encourage vivement.

L'internalisation du 3977 au sein du département est une piste envisagée par la Ville, d'autres départements d'Ile de France ayant privilégié ce choix. Les auditrices ne formulent pas de préconisations à ce titre, mais insistent en tout état de cause, sur la nécessité d'un suivi étroit entre cet éventuel service d'écoute interne et les services de la DSOL en charge des établissements. Au-delà, il conviendrait d'étudier avec attention les mesures à prendre pour garantir l'effectivité d'accès pour les résidents des EHPAD à ce dispositif d'écoute.

Recommandation 10 : Favoriser une remontée multi canaux des réclamations en appliquant le cadre réglementaire et en mettant en réseau les différents acteurs de l'EHPAD (CVS, PQ, associations d'écoute, association de résidents et de leurs familles)

En réponse au rapport provisoire, la DSOL estime que la mise en place d'une remontée multi canaux des réclamations nécessite la mise en place d'un SI et/ou d'un système d'information partagé, sans que la Ville de Paris ne soit par ailleurs le pilote unique (ARS, associations type ALMA...). Elle considère que cela prendra du temps et que cela pose également question en termes de moyens au regard de la complexité de gérer plusieurs sources de

⁵³ A été donné l'exemple de prise de téléphone débranchée et à laquelle les résidents ne peuvent accéder facilement.

remontée d'information. Un axe d'amélioration à court terme concerne le suivi croisé des informations recueillies par ALMA. Une alternative à cette remontée multicanaux pourrait être la centralisation via une CRIP.

Les auditrices entendent cette complexité mais estiment nécessaire d'initier le dispositif à bref délai. La question du suivi croisé des informations recueillies par ALMA Paris peut en effet constituer une première étape.

Conformément à ce qui est exposé ci-après par les auditrices, elles rappellent que si le projet de CRIPPAH constituerait vraisemblablement une avancée pour lutter contre la maltraitance des personnes âgées maintenues à domicile, pour lesquelles peu de surveillance et de protection existe, le cadre institutionnalisé de l'accueil des personnes âgées dépendantes en EHPAD répond à des exigences plus fortes en termes de remontées et de traitement des dysfonctionnements graves.

3.4.5. La création d'une CRIPPAH⁵⁴ prématurée pour l'ensemble des EHPAD parisiens

Dans son rapport de 2021 sur les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD, le défenseur des droits soulignait la difficulté de traitement des événements indésirables déclarés par les établissements, notamment des situations de maltraitance. Au-delà des difficultés de remontée des événements par les établissements, le Défenseur des Droits soulignait l'absence de système d'information commun entre les autorités de contrôle permettant le recueil et le suivi des informations, ainsi que leur communication entre les différents partenaires.

Pour améliorer le suivi conjoint et renforcer les liens avec le Parquet, la DSOL réfléchit depuis plusieurs mois à créer une Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes destinée aux majeurs vulnérables. A ce titre, la chargée de mission rencontrée par la mission mène un travail prospectif en lien avec les départements de l'Essonne, des Hauts-de-Seine et de Seine-Saint-Denis. Les grandes lignes qui se dégagent, selon la chargée de mission, privilégient la mise en place de ce dispositif pour les services d'aide à domicile, dépourvus de dispositif normé de remontée des signalements, contrairement au cadre institutionnel de l'EHPAD.

En effet, selon la Fédération 3977 contre la maltraitance des personnes âgées et en situation de handicap, les signalements ont augmenté de 40% au premier trimestre 2022. Dans 73% des cas, ces actes ont lieu à domicile et dans 48% des situations l'entourage familial est mis en cause, contre 34% des professionnels.

Ainsi, la mission considère que si une CRIPPAH pourrait s'avérer utile pour faire face à la forte augmentation des faits de maltraitance des personnes âgées à domicile, au sein des EHPAD l'enjeu primordial à ce stade consiste pour la Ville de Paris à se doter d'un dispositif efficace de remontée des signalements, en lien avec l'ARSIF.

⁵⁴ Cellule de recueil et traitement des informations préoccupantes relatives aux personnes âgées et aux personnes handicapées

4. LE TRAITEMENT DES PLAINTES ET SIGNALEMENTS POSE LA QUESTION DE L'APPRÉCIATION DE LEUR GRAVITÉ EN VUE DE LA TRANSMISSION AUX AUTORITÉS DE CONTRÔLE VIA DES CANAUX À SIMPLIFIER

4.1. Des procédures internes de traitement des évènements indésirables variables selon les organismes gestionnaires

4.1.1. L'évaluation collégiale des signalements est une bonne pratique généralisée dans les EHPAD parisiens

Pour tous les établissements, la gravité de l'évènement, sa qualification et sa transmission aux autorités de contrôle sont appréciés collégialement, en équipe pluridisciplinaire, le plus souvent en CODIR, dont la composition et l'organisation peut varier d'un établissement ou d'un OG à l'autre. Certains établissements peuvent, par exemple, intégrer dans le CODIR les responsables des différents services, incluant l'hébergement, la restauration, d'autres se concentrer sur le directeur, son adjoint et les cadres soignants.

Selon la taille des EHPAD associatifs ou privés à but lucratif, le directeur est généralement assisté d'un **adjoint**.

Au CASVP, chaque directeur est assisté d'un **adjoint soins** et d'un **adjoint ressources**, ce qui constitue un atout. La mission note toutefois que le comité de direction se limite à ce trinôme sans nécessairement associer l'IDEC et/ou le MEDCO. Cette difficulté a été soulignée par le médecin conseil du CASVP expliquant aux auditrices que depuis l'apparition des « adjoints aux directeurs » et notamment des « adjoints soins », les réunions de CODIR n'associent plus les médecins coordonnateurs (MEDCO). Ce point doit par ailleurs être rapproché de l'absence de médecin coordonnateur dans plusieurs établissements (cf. Annexe 11).⁵⁵

Selon les informations transmises par la DSOL, l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) pour l'année 2021, fait apparaître que les établissements du CASVP disposent en moyenne de 0,6 ETP de MEDCO, tous les établissements respectant la norme réglementaire. Les informations transmises sur la même base des EPRD 2021 pour les établissements du secteur privé, à but lucratif et à but non lucratif, font apparaître une moyenne de 0,66 ETP de MEDCO.

Ces chiffres correspondent toutefois à des effectifs théoriques et non réels. Or, si les auditrices n'ont pu vérifier ce qu'il en était pour l'ensemble des établissements parisiens, elles ont pu établir que dans certains cas les effectifs réels étaient inférieurs aux effectifs théoriques.

Les MEDCO étant chargés de l'élaboration et de la coordination de la mise en œuvre du projet de soin ainsi que de l'encadrement et de l'animation de l'équipe soignante, son absence apparaît préjudiciable et peut être facteur d'EI. A ce titre, si la présence de médecins traitants salariés constitue un point positif, la présence d'un MEDCO titulaire apparaît cependant nécessaire pour la bonne mise en œuvre du projet médical autant que pour le traitement des évènements indésirables et le suivi des EI liés au soin.

⁵⁵ L'article D 312-156 du CASF stipule que les EHPAD doivent se doter d'un médecin coordonnateur dont le temps de présence ne peut être inférieur à 1 ETP de 0,25 pour un établissement dont la capacité autorisée est inférieure à 44 places ; 1 ETP de 0,40 pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 45 et 59 places ; 1 ETP de 0,50 pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 60 et 99 places ; 1 ETP de 0,60 pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 100 et 199 places ; 1 ETP de 0,80 pour un établissement dont la capacité autorisée est égale ou supérieure à 200 places.

Recommandation 11 : Veiller à ce que les CODIR des EHPAD du CASVP associent les directeurs, directeurs adjoints, mais aussi des médecins coordonnateurs, et à défaut de MEDCO, l'IDEC

En réponse au rapport provisoire, la DSOL indique que les médecins coordonnateurs font bien partie intégrante des équipes de direction des EHPAD du CASVP, même si une partie des EHPAD ne convie pas aujourd'hui le médecin coordonnateur aux CODIR (présence du médecin uniquement deux jours par semaine, difficultés à organiser les agendas, absence de médecin coordonnateur...). La recommandation peut également s'appliquer au reste de l'encadrement (notamment cadre de santé/IDEC), une partie des EHPAD les associant au CODIR.

Recommandation 12 : Procéder au recrutement des MEDCO dans les établissements qui n'en disposent pas

[.....].

La phrase qui précède a été occultée conformément aux dispositions du Code des relations entre le public et l'administration, relatif à la communication des documents administratifs.

4.1.2. La caractérisation de la gravité des EI constitue une des difficultés les plus importantes pour les établissements dans le processus de remontée aux autorités de contrôle, avec un pilotage plus ou moins adapté de l'OG

La gravité et la décision de transmettre ou non le signalement aux autorités de contrôle sont appréciées en lien avec l'organisme gestionnaire, qui participe, voire valide la décision. Dans le cadre des démarches qualité conduites par les OG, certains établissements utilisent par ailleurs des grilles de cotation ou des matrices des risques.

Tous les établissements (sauf un) indiquent disposer de procédures ou protocoles de remontée et de traitement des événements indésirables auprès des autorités de contrôle. Plus ou moins abondantes, ces procédures transmises définissent les différents types d'événements indésirables, le processus d'analyse, de déclaration aux autorités de contrôle, de gestion et de suivi de l'événement. La déclaration aux autorités de contrôle fait toujours l'objet d'une discussion et d'une validation de l'organisme gestionnaire (service qualité, service exploitation, délégation régionale par exemple).

Les EI les plus complexes étant souvent « multi-grilles », les EHPAD, de même que l'ARS, soulignent la nécessité d'une analyse approfondie des causes. Ainsi, une direction d'EHPAD a expliqué qu'une ampoule non remplacée a provoqué une erreur dans la distribution du médicament ayant entraîné l'hospitalisation d'un résident.

Certains EI sont identifiés comme plus complexes que d'autres par les EHPAD parisiens, sans qu'une catégorie spécifique émerge : ainsi, la dispensation du médicament a pu être citée comme pourvoyeur d'EI tandis que d'autres EHPAD considèrent au contraire avoir fait d'importants progrès dans ce domaine.

Les responsables du siège de l'organisme gestionnaire ont une vision d'ensemble de leurs établissements et peuvent légitimement assurer une mission de conseil en aidant les directeurs à apprécier la gravité d'un événement. Le recours à l'expertise des services supports des OG (service ou direction qualité, ou des soins par exemple), ou le recours à une délégation régionale, apparaît opportun aux auditrices et peut contribuer au déploiement d'une démarche qualité structurée et homogène au sein des établissements.

Pour autant, la frontière entre le rôle d'appui et de conseil des OG et le rôle de filtre, faisant obstacle à la remontée d'information, peut dans certains cas être ténue. Si la mission n'a pas approfondi ce point, le rapport d'inspection des EHPAD du groupe ORPEA de l'IGF et de l'IGAS a pour sa part mis en évidence que presque 10 % des signalements effectués par un directeur d'établissement et retransmis par le niveau régional ne parviendront pas aux

autorités en application de la procédure du siège, dont certains graves (présence d'une arme à feu dans la chambre d'un défunt, disparition de bijoux ou encore chute ayant donné lieu à dépôt de plainte). Il est également mis en évidence que des événements indésirables sont écartés à cet échelon et ne sont transmis ni au siège ni aux autorités administratives⁵⁶.

Par ailleurs, comme souligné par le rapport de la Cour des Comptes⁵⁷, certains événements indésirables ne sont pas signalés (chutes, signaux faibles relatifs au suicide notamment). Nombreuses sont les directions d'EHPAD parisiens qui ont indiqué qu'il n'est pas toujours aisé de distinguer une chute non grave d'une chute liée à un dysfonctionnement ou signalant un problème plus grave pour le résident.

Comme indiqué précédemment, le comportement des résidents présentant des troubles cognitifs à l'égard du personnel ou des autres résidents constitue un fort enjeu au sein des EHPAD.

Chaque direction d'EHPAD doit également adapter son appréciation de la gravité d'un EI au vu de la spécificité du public accueilli (nombre de résidents, GIR, public spécifique, contexte de crise). Ainsi la question du curseur a été évoquée par plusieurs directions d'EHPAD rencontrées, comme important, entre risque de banalisation de l'événement et systématisation de la déclaration.

En tout état de cause, le lien avec les services supports des OG doit a minima permettre un suivi et un pilotage efficient des EI et des EIG déclarés aux autorités de contrôle.

Sur ce point, au CASVP, la mission a constaté qu'il n'existait pas d'outil de suivi des EIG déclarés par les 15 établissements alors que la responsable qualité du siège exploite régulièrement les EI déclarés sur TITAN et sollicite des précisions auprès des établissements pour les EI les plus notables.

Un sondage réalisé par la mission sur un établissement pour l'année 2021, a permis de constater que sur les six EI répertoriés dans TITAN, un seul avait été identifié comme EIG à déclarer, mais finalement non transmis aux autorités de contrôle en dépit de la demande du CASVP au directeur, n'apparaissant de ce fait ni dans le tableau de suivi de la DSOL ni dans celui de l'ARS.

Au-delà des erreurs, inévitables, et si la mission admet volontiers que le traitement des situations doit primer, il n'en reste pas moins regrettable qu'aucun outil de contrôle et de suivi n'ait permis d'identifier ces manquements à la réglementation en matière d'alerte des autorités de contrôle.

Deux autres EI sur les six répertoriés, peu explicités, pourraient potentiellement recouvrir la qualification de dysfonctionnement grave, notamment une situation de suspicion d'attouchement sexuel. Les trois autres EI ne sont pas renseignés de telle sorte que leur gravité puisse être appréciée pour les qualifier.

[.....].

Le développement qui précède a été occulté conformément aux dispositions du Code des relations entre le public et l'administration, relatif à la communication des documents administratifs.

Recommandation 13 : Le CASVP doit se doter d'un tableau de suivi des dysfonctionnements graves et EIGS déclarés par ses 15 établissements.

⁵⁶ Page 25

⁵⁷ Page 67

En réponse au rapport provisoire, le CASVP a indiqué qu'une extraction automatique est réalisée chaque semaine par la coordinatrice des soins depuis Titan pour les EI. Il n'existe pas en revanche de tableau de suivi des EIG même si certains EHPAD tiennent un tableau de suivi à leur niveau. La DSOL estime toutefois que le suivi des EIG risquerait de faire doublon avec le suivi réalisé par les tutelles et que la création d'un tableau de suivi serait chronophage et ne leur apparaît pas forcément l'approche à privilégier. La DSOL suggère de s'appuyer sur Titan, en créant par exemple une catégorie « EIG » dans le type de déclaration.

4.2. Le respect des délais légaux en termes de transmission des signalements aux autorités de contrôle est aléatoire

4.2.1. Des délais de traitement interne du signalement disparates selon les OG

En réponse au questionnaire adressé aux EHPAD quant à leur délai moyen de traitement d'un EIGS et d'un dysfonctionnement grave, les réponses se sont avérées disparates. **Toutefois, la majorité d'entre eux évoque un contact téléphonique immédiat avec leur OG et une formalisation de la déclaration qui prend ensuite plus de temps.**

Il convient de rappeler (cf.1.1.1) à cet égard que la formalisation de déclaration d'un EIGS à l'ARS comprend deux volets qui correspondent à deux phases bien distinctes : la première, qui doit intervenir sans délai, correspond à la description de la nature de l'EIGS et aux premières mesures prises tandis que le second volet, qui doit être transmis dans un délai maximal de trois mois, doit revenir sur la gestion, le retour d'expérience et le plan d'actions correctrices mises en œuvre suite à l'EIGS.

Ce n'est pas le cas pour la transmission des dysfonctionnements graves à l'ARS et au département. Toutefois, la survenue de ce type d'évènement implique la prise de mesures conservatoires et de procéder à une évaluation de la situation, ce qui peut compromettre le respect du délai réglementaire de transmission écrite dans les 48 heures.

À cet égard, le rapport IGF/IGAS relatif au groupe ORPEA conclue qu'ORPEA ne transmet aux autorités que les événements indésirables les plus graves dans des délais souvent trop longs⁵⁸. Plusieurs ARS déplorent le caractère tardif des transmissions, qu'elles rapportent à la complexité et à la lourdeur de la procédure d'élaboration des fiches. Le délai de signalement aux autorités administratives par transmission de la fiche d'évènement indésirable varie de 4 jours à 80 jours avec une moyenne légèrement supérieure à 14 jours.

La direction de l'EHPAD du groupe S rencontré par la mission a, pour sa part, indiqué que le délai de 15 jours de traitement préconisé par le siège est très difficile à respecter, notamment au vu des difficultés pour rassembler tous les membres du CODIR régulièrement.

4.2.2. Les délais de transmission

Pour apprécier les délais de transmission des signalements/signaux, la mission a pu se fonder sur le tableau de suivi de la DSOL qui comporte des informations sur les dates de survenue des faits, les dates de réception du signalement et les dates de saisie, soit d'enregistrement du signalement dans le fichier de suivi. La date de clôture n'étant pas toujours renseignée, il n'a en revanche pas été possible d'apprécier le délai de traitement⁵⁹.

⁵⁸ Page 27

⁵⁹ La mission a traité 145 signalements sur les 173 sur la période (année non saisie, dates incorrectes, saisie de période et non de date...). L'échantillon comprend 120 EIG (83%) soit un peu plus que le pourcentage d'EIG dans l'ensemble des signaux retracés par la DSOL (76%).

En moyenne, les signalements/signaux toutes catégories confondues sont reçus par la DSOL 26 jours après la survenue des faits. Sur les 145 signaux de l'échantillon, 44 ont été reçus entre 0 et 3 jours après la survenue des faits, soit 30%, 63 entre 0 et 5 jours soit 43%. L'enregistrement du signalement dans le fichier de suivi intervient en moyenne 6 jours après sa réception.

Tableau 14 : Délai moyen entre la survenue des faits et la réception du signalement par la DSOL (Nb de jours) - 2018-2021

Ecart moyen date de survenue/date de réception				
	Privé non lucratif	Privé lucratif	Public	Moyenne
⊕ plainte	52	115	140	95
⊕ EIG	22	15	10	16
⊕ signalement	6	38	60	27
Moyenne	26	22	46	26

Source : : données DSOL, courriel du 25 février 2022, retraité IG

Pour les EIG, le délai moyen entre la date de survenue des faits et la date de réception du signalement par la DSOL est de 16 jours. Les établissements qui transmettent le plus rapidement leurs EIG sont ceux du public, soit le CASVP (10 jours en moyenne pour 17 signalements au total sur l'échantillon soit 12%).

Néanmoins sur la période, le délai se réduit considérablement partant d'un délai moyen de 24 jours en 2018 pour atteindre 7 jours en 2021. Sur les 120 EIG de l'échantillon, 43 ont été reçus entre 0 et 3 jours après la survenue des faits, soit 36%, 57 entre 0 et 5 jours (48%), 73 entre 0 et 10 jours (60%).

L'écart maximal est de 186 jours, concernant un EIG retransmis par l'ARS et vraisemblablement traité, concernant une chute ayant entraîné hospitalisation. Un écart de 100 jours et plus est constaté sur 2 autres EIG, l'un concernant un résident désorienté ayant agressé des personnels, l'autre non renseigné sur la nature de l'évènement.

Le délai est plus important pour les plaintes et les signalements (respectivement 12% et 3% de l'échantillon), notamment lorsqu'ils sont transmis par courrier (en moyenne 95 jours pour les plaintes, et 27 jours pour les signalements).

La mission constate que les délais légaux ne sont pas respectés en toutes circonstances, notamment quant à la formalisation de la transmission des signalements. À ce titre, beaucoup d'EHPAD ont expliqué que même avec une alerte téléphonique donnée à l'autorité de contrôle, les délais de transmission étaient rallongés par le circuit d'allers-retours avec l'OG. La mission préconise que l'OG intervienne en soutien pour réduire ces délais.

4.3. La transmission des dysfonctionnements graves et EIGS aux autorités de contrôle est également limitée par la confusion des autorités de contrôle et la multiplicité des boîtes structurelles et des destinataires dédiés aux diverses remontées

4.3.1. La multiplicité des boîtes mails destinataires des signalements renforce la confusion des EHPAD dans la transmission des signalements

Il a été demandé dans le questionnaire adressé aux établissements d'indiquer à quelle autorité de contrôle et selon quelles modalités les différents types de signalement (EIGS, dysfonctionnement grave, plaintes/réclamations) étaient transmis. Les 61 établissements

répondants ont été pris en compte, exprimant des choix multiples pour chaque type de signalement.

- à la DASES :

- à plusieurs adresses nominatives : responsable de la cellule inspection, cadre responsable du secteur concerné, chargé de suivi de l'établissement ou du service, secrétariat, chef du bureau, médecin référent de la SDA

- sur la boîte fonctionnelle DASES-autonomie-veille : le recueil sur cette boîte fonctionnelle permet d'éviter qu'un événement ne soit pas traité parce que le ou les agents destinataires sont absents.

La boîte dases-autonomie-veille a été créée en 2021, étant précisé qu'auparavant, c'était la secrétaire du BAPA qui recevait les signalements sur sa boîte mail personnelle.

- à l'ARS :

Il existe actuellement 3 boîtes fonctionnelles qui concernent les ESMS et vers lesquelles les gestionnaires et directeurs d'établissements envoient leurs déclarations d'EIG de manière indistincte, ainsi qu'à des destinataires nominatifs :

[.....].

Les phrases qui précèdent ont été occultées conformément aux dispositions du Code des relations entre le public et l'administration, relatif à la communication des documents administratifs.

ARS-DD75-RECLAMATIONS@ars.sante.fr

Le premier constat à la lecture des réponses est que les établissements utilisent plusieurs canaux en simultané pour chaque type de signalement, soit plusieurs adresses, plusieurs destinataires. Pour transmettre un dysfonctionnement grave, un établissement pourra par exemple mentionner la boîte ARS alerte, la boîte ARS médico-sociale, la boîte DSOL et aussi l'information par mail ou téléphonique de chaque autorité de contrôle.

Un large éventail d'adresses et de modalités de transmission peut ainsi être conjugué pour chaque type de signalement. Ces choix multiples sont parfois poussés à l'extrême, avec deux établissements déclarant transmettre tous les signalements via tous les canaux.

Au-delà de cette pluralité de choix exprimés, **les réponses des établissements laissent apparaître l'ARS comme le destinataire principal dans la transmission de tous les types de signalements**. Sur la totalité des réponses, en majorité, et pour chaque type de signalement, les canaux de l'ARS sont les plus mentionnés, même s'ils ne sont pas exclusifs.

Ainsi, sur l'ensemble des réponses concernant la transmission des EIGS, 74% ciblent l'ARS et 26% la DSOL. L'ARS apparaît aussi comme le choix majoritaire pour la transmission des dysfonctionnements graves même si ce type d'EIG doit en principe être transmis aux deux autorités (65% des pour l'ARS contre 35% des pour la DSOL).

Selon les déclarations des établissements, les différentes boîtes et adresses sont récipiendaires de tous les types de signalements, y compris pour les EIGS qui relèvent pourtant uniquement de l'ARS et pour lesquels un portail spécifique de transmission existe.

Hormis ce portail de signalement qui apparaît néanmoins identifié et utilisé majoritairement pour les transmissions d'EIGS, les autres boîtes et adresses sont relativement comparables en termes de type de signalements. Cette relative homogénéité semble indiquer une identification floue des adresses à utiliser en fonction du type de signalement, voire des autorités de contrôle à prévenir.

On remarque que les écarts de composition sont faibles entre les boîtes ARS Alerte, ARS médico-sociale et la boîte Dases-autonomie par exemple. La boîte ARS alerte apparaît ainsi ciblée pour la transmission de dysfonctionnements graves à 44%, à 41% pour la boîte ARS

médico-sociale et à 45% pour la boîte Dases autonomie. Ces mêmes boîtes sont respectivement ciblées pour la transmission de plaintes, réclamations à 17%, 21% et 20%.

Quel que soit le type de signalement, c'est toujours un canal de l'ARS qui est le plus cité. La DSOL n'apparaît jamais en premier. Pour toutes les catégories de signalement c'est la boîte ARS alerte qui apparaît la mieux connue et la mieux ciblée par les EHPAD parisiens (116 citations au total).

Tableau 15 : Répartition des choix des établissements de l'échantillon pour la transmission des signalements aux autorités de contrôle

	EIGS		Dysfonctionnements graves		Plaintes, réclamations	
	Nombre d'établissements	% d'établissements	Nombre d'établissements	% d'établissements	Nombre d'établissements	% d'établissements
boîte ARS alerte	45	74%	51	84%	20	33%
boîte ARS médico sociale	21	34%	23	38%	12	20%
Portail signalements ARS	39	64%	18	30%	6	10%
mail, tel ARS	22	36%	27	44%	29	48%
Boîte Dases autonomie	30	49%	40	66%	18	30%
mail, tel DSOL	16	26%	24	39%	23	38%

Source : Questionnaire adressé au EHPAD, traitement IG

Tous les canaux de transmission sont cités pour toutes les catégories de signalement. Ce ciblage très large peut surprendre en particulier pour les EIGS et les dysfonctionnements graves, les deux catégories de signalement réglementaires dont les destinataires sont clairement définis par les textes.

Pour les EIGS, l'ARS est logiquement la plus ciblée : 45 établissements indiquent la boîte ARS alerte comme destinataire. Le portail de signalement, spécifiquement dédié à cette catégorie de signalement est seulement cité par 39 établissements, huit déclarant l'utiliser exclusivement. On note que 20 EHPAD ne le mentionnent pas. En tout état de cause, les établissements qui transmettent les EIGS indiquent les transmettre à l'ARS d'une manière ou d'une autre (boîtes ARS et/ou portail et/ou mail).

Trente établissements indiquent transmettre également les EIGS à la DSOL via la boîte dédiée (49% de l'échantillon). Au total, 32 établissements transmettraient à la DSOL via la boîte dédiée ou par mail/tel (52% des établissements de l'échantillon).

On note également que 18 établissements indiquent utiliser le portail de signalement ARS spécifiquement destiné à la transmission des EIGS, pour la transmission des dysfonctionnements graves et six pour la transmission de plaintes/réclamations.

Pour les dysfonctionnements graves, les établissements mentionnent toujours l'ARS en destinataire mais pas toujours la DSOL.

La boîte Ars alerte apparaît là aussi bien identifiée. Elle est notée en destinataire par 51 établissements, soit 84% de l'échantillon. L'ARS est par ailleurs toujours citée en destinataire, les établissements utilisant aussi ses autres canaux (boîte ARS médico-sociale et/ou portail et/ou mail ou tel) pour transmettre les dysfonctionnements graves.

La boîte DSOL apparaît également bien identifiée, mentionnée par 40 établissements soit 66% de l'échantillon, 17 ne la mentionnant pas pour la transmission des dysfonctionnements graves. Au total, 45 établissements indiquent transmettre à la DSOL soit via la boîte dédiée soit par mail ou téléphone. Pour autant, la DSOL n'est jamais récipiendaire unique (voir infra).

On remarque par ailleurs que le portail de signalement est mentionné en destinataire par 18 établissements bien que ce canal soit spécifiquement dédié aux EIGS, la confusion des canaux visés pour tous les types de signalements.

La DASES a indiqué par courriel aux EHPAD en novembre 2021 qu'ils devaient adresser leurs signalements de dysfonctionnements graves sur deux adresses. Ceci a été rappelé lors de réunions d'information avec les EHPAD en mars 2022 (cf. Annexe 11).

La transmission des plaintes et réclamations mobilise visiblement moins les établissements

41 établissements seulement renseignent ce point. L'ARS apparaît également davantage ciblée par les établissements que la DSOL, qui semblent privilégier l'information par mail ou téléphone pour ce type de signalement (29 établissements indiquent la boîte ARS alerte en destinataire, 23 pour la DSOL). Les écarts entre ARS et DSOL sont plus ténus sur cette catégorie de signalement. Parmi les 41 établissements indiquant une réponse sur la transmission des plaintes et réclamations, 30 indiquent transmettre l'information à la DSOL et à l'ARS, 3 seulement à la DSOL et 8 seulement à l'ARS.

4.3.2. Les établissements utilisent plusieurs boîtes pour transmettre un même signalement

La plupart des établissements indique utiliser plusieurs adresses en simultanée pour transmettre leurs signalements aux autorités de contrôle.

Cette tendance peut être illustrée à travers la double utilisation de la boîte ARS-Alerte et de la boîte Dases-autonomie, qui apparaissent les plus identifiées.

Tableau 16 : Utilisation simultanée de la boîte DASES autonomie et de la boîte ARS alerte selon le type de signalement

	EIGS	Dysfonctionnements graves	Plaintes, réclamations
Transmission par boîte ARS-alerte (nb d'établissements)	45	51	20
Transmission par boîte DASES -autonomie (nb d'établissements)	30	40	18
Transmission conjointe sur les 2 boîtes (nb d'établissements)	30	36	14
dont part de ceux indiquant transmettre sur DASES-autonomie	100%	90%	78%
dont part de ceux indiquant transmettre sur ARS-alerte	67%	71%	70%

Source : questionnaire adressé aux EHPAD, traitement IG

Parmi les 45 établissements qui déclarent les EIGS sur la boîte ARS alerte, 30 les déclarent aussi sur la boîte DASES autonomie. Pour autant, tous les établissements qui déclarent transmettre les EIGS à DASES-autonomie déclarent les transmettre aussi à ARS-alerte, l'ARS étant naturellement identifiée comme destinataire central de ce type de signalement.

Sur les 40 établissements qui déclarent utiliser la boîte Dases-autonomie pour transmettre les dysfonctionnements graves, 36 (90%) déclarent utiliser aussi la boîte ARS-alerte. Cette double déclaration ne concerne en revanche que 71% des établissements qui indiquent utiliser la boîte ARS-alerte pour ce type de signalement.

L'équilibre est plus présent pour les plaintes et signalements, la grande majorité des établissements visant à la fois l'ARS et la DSOL pour ce type de signalement. La double transmission est mentionnée par 14 établissements (23% des répondants) et concerne principalement les établissements qui déclarent utiliser la boîte DASES-autonomie pour ces signalements contre 70% de ceux qui déclarent utiliser la boîte ARS, l'écart étant moins important.

L'ARS apparaît donc toujours ciblée pour la transmission des dysfonctionnements graves, la Boîte Dases-autonomie l'est moins souvent, même si ces signalements relèvent d'une double compétence ARS et Département et l'ARS.

Les établissements peuvent aussi cibler un même destinataire via plusieurs canaux en simultané. Là aussi l'utilisation de la boîte ARS-alerte et de la boîte ARS médico-sociale peut illustrer cette tendance.

Tableau 17 : Utilisation simultanée de la boîte ARS alerte et la boîte ARS médico-sociale selon le type de signalement

	EIGS	Dysfonctionnements graves	Plaintes réclamations
Transmssion par ARS alerte (nb d'établissements)	45	51	20
Transmission par ARS médico sociale (nb d'établissements)	21	23	12
transmission conjointe sur les 2 boîtes (nb d'établissements)	17	19	12
dont part de ceux indiquant transmettre sur boîte ARS alerte	38%	37%	60%
dont part de ceux indiquant transmettre sur boîte ARS médico sociale	81%	83%	100%

Source : questionnaire adressé aux EHPAD, traitement IG

On constate ainsi qu'une partie importante des établissements indique utiliser ces deux boîtes de l'ARS pour transmettre les mêmes signalements.

C'est en particulier le cas pour les signalements transmis sur la boîte ARS-médico-sociale puisque la quasi-totalité des établissements qui indique l'utiliser, cible aussi la boîte ARS-alerte, à plus de 80% pour les EIGS et les dysfonctionnements graves et en totalité lorsqu'il s'agit de la transmission des plaintes et réclamations.

[.....].

Le développement qui précède a été occulté conformément aux dispositions du Code des relations entre le public et l'administration, relatif à la communication des documents administratifs.

4.3.3. La base de données DSOL doit être revue et professionnalisée

Les signalements reçus dans la boîte structurelle dédiée de la DSOL sont ensuite traités dans une base de données gérée par les chargés de suivi d'établissements du BAPA. Ce tableau Excel a été créé au cours de l'année 2020 et a été sensiblement amélioré au cours du premier semestre 2022. La mission souligne en effet que le dernier tableau de suivi transmis par la DSOL apparaît mieux renseigné et plus complet que celui transmis quelques mois auparavant, comprenant, pour l'année 2022, davantage d'informations sur la nature des événements, leur suivi et leurs suites ainsi que de nouveaux éléments : mesures prises par la DSOL, information ou transmission à l'ARS pour traitement, information sur la clôture ou non de l'évènement.

Toutefois, comme indiqué précédemment (cf. partie état des lieux), la nature des événements signalés n'est pas suffisamment explicitée (distinction dysfonctionnement grave /EIGS notamment), de même que leur origine (le tableau mélange les signalements provenant des EHPAD de ceux provenant des familles). Les dates de clôture ne sont pas non plus systématiquement renseignées.

Cet outil ne permet par ailleurs pas de récolement avec la base ARS afin d'identifier les éventuels doublons et surtout les signalements non traités.

Il ne permet pas non plus d'alertes quant au dépassement des délais de traitement ou de clôture.

Recommandation 14 : Créer une nouvelle base de données des signalements, plus fiable et professionnelle que le tableau Excel de suivi des signalements de la DSOL, le cas échéant avec l'aide de la DSIN

En réponse au rapport provisoire, la DSOL a indiqué que la mise en place de cette recommandation nécessite aussi la mise en place d'un système d'information partagé et sécurisé, la mise en place d'un outil en lien avec la DSIN devant s'inscrire dans le cadre d'une programmation. En outre, la DSOL craint que la mise en place d'un outil plus performant qu'un tableau Excel se traduise par une déperdition d'informations et de précisions que la saisie libre dans la colonne "observations" du tableau Excel permet, et qui sert de base à l'évaluation collégiale des situations lors des réunions de revue des EIG dont la SDA s'efforce d'augmenter la fréquence, et à la décision de clôture. De ce fait, la DSOL estime qu'il faudrait faire cohabiter deux outils de suivi, ce qui serait contreproductif. Le Service senior privilégie de rechercher à améliorer l'outil avec l'aide de la DSIN (avec des menus déroulants et des systèmes d'alerte ou de mise en forme conditionnelle) ou alors il faudra créer un outil qui conservera de la souplesse de saisie et d'utilisation (nous connaissons les difficultés des SI). Enfin, elle indique que tout cela doit se réaliser en lien avec l'ARS (DD et Siège) ce qui accroît la complexité.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la DSIN a indiqué qu'en accord avec la DSOL il a été convenu que celle-ci étudierait le besoin et, selon le périmètre retenu (signalements effectués par les EHPAD exclusivement ou intégrant le traitement par l'opérateur), identifierait la maîtrise d'œuvre en charge de la réalisation qui pourra être la DSIN ou la DSOL.

La mission note bien la complexité pratique et technique du sujet mais rappelle que quelle que soit la solution technique retenue, il importe de s'appuyer sur un outil plus fiable et robuste que l'actuel tableau excel.

4.3.4. La coordination des autorités de contrôle doit être renforcée pour assurer un traitement efficace des signalements

Le manque de coordination entre la Ville et l'ARS présente un risque important dans la déperdition de signalements.

Un suivi rigoureux et une vigilance quotidienne sont nécessaires pour assurer la bonne diffusion des informations et permettre le traitement adéquat des situations par les établissements et par les autorités de contrôle.

La distinction entre les signalements relevant du soin et ceux relevant de l'hébergement, pas nécessairement toujours claire, ouvre un risque de confusion, de déperdition, de doublon avec des réponses divergentes, ce qui n'est en l'état pas traité à la hauteur du risque.

Ainsi qu'indiqué précédemment, la DSOL a indiqué que l'ARS se saisissait en priorité des événements graves portant sur une question médicale ou concernant le circuit du médicament, la DSOL se saisissant en priorité des événements portant sur toute autre question.

Cette pratique de travail ne ressort pas explicitement du cadre réglementaire puisque les dysfonctionnements graves nécessitant un signalement aux deux autorités de contrôle relèvent à la fois du soin et de l'hébergement. Elle ne ressort pas non plus d'un protocole formalisé entre l'ARS et la Ville, qui acterait les critères et les modalités de cette répartition entre les deux autorités de contrôle.

Bien qu'il ait été indiqué aux auditrices que dans toutes les situations, l'autorité qui ne pilote pas le traitement de l'événement, est censée en informer l'autre, les modalités d'information mutuelle nécessiteraient d'être plus formalisées.

Cette absence de formalisation est d'autant plus préoccupante que la DSOL a exposé que l'actuelle répartition du traitement des signalements au sein de l'ARS entre la direction régionale et la délégation parisienne (DD75), complexifiait le circuit de traitement et son suivi par la Ville, ses agents ayant indiqué ignorer quel service suivait quel type de signalement. La DSOL a également ajouté que l'absence actuelle de médecins conseils au sein de la DD75 de l'ARS ne favorise pas l'évaluation préalable, le traitement et le suivi des signalements à caractère médical.

La SDA de la DSOL a indiqué organiser depuis mars 2022 des réunions régulières avec l'ARSIF lors desquelles les signalements non clos sont passés en revue. Lors de ces réunions, il peut être décidé collégialement de clôturer ou de demander des éléments complémentaires. Le point peut être fait sur les signalements transmis à l'ARS pour traitement. Ces réunions constituent clairement une avancée. Toutefois, la mission recommande que des relevés de décisions soient établis. Plus largement, un protocole de travail entre l'ARS et la DSOL clarifiant les critères de répartition des situations, les procédures de traitement et de suivi des signalements doit être formalisé.

Recommandation 15 : Intégrer dans la cartographie des risques de la DSOL le risque de non-traitement de signalement relevant de la compétence partagée avec l'ARSIF

Recommandation 16 : Mettre en place un protocole entre la DSOL et l'ARSIF clarifiant les procédures de traitement et de suivi des dysfonctionnements graves, des EIGS et des réclamations

En réponse au rapport provisoire, la DSOL a indiqué que cela dépend aussi de l'ARS, qui met en place des process pour 8 départements et pas seulement Paris. Cela nécessite aussi la mise en place d'un SI et/ou d'un système d'information partagé et sécurisé (sharepoint) à la hauteur des objectifs recherchés par les deux autorités dont les orientations stratégiques peuvent parfois aussi différer. La DSOL estime que si cette recommandation est intéressante, elle semble très compliquée à mettre en oeuvre compte tenu notamment de l'organisation du traitement des EIG, EIGS et réclamations au niveau de l'ARS, l'ensemble des départements d'IDF étant concerné. Une proposition alternative serait déjà de davantage communiquer entre les deux institutions. La DSOL y est favorable mais elle doit également convaincre l'ARSIF de l'intérêt de cette évolution.

De surcroît, il n'existe pas non plus d'échanges entre le SEHPAD du CASVP, ses 15 établissements publics et le BAPA de la DSOL, de sorte que le chargé de suivi des EHPAD du CASVP à la DSOL, en charge du contrôle de ces établissements, n'a aucun lien avec le SEHPAD, notamment en matière de récolement des signalements.

Ainsi, les échanges oraux qui existent entre les EHPAD et le CASVP pour améliorer la déclaration des EI sont inexistantes au niveau du contrôle interne et ne suppléent donc pas l'absence de traçabilité écrite des EI.

La mission suggère que des échanges soient mis en place entre le CASVP et la DSOL sur le suivi des signalements des 15 EHPAD concernés.

4.3.5. La Ville doit développer son accompagnement qualité auprès des EHPAD

Les EHPAD parisiens considèrent l'ARSIF comme leur interlocuteur privilégié, voire unique, pour déclarer les dysfonctionnements graves et EIGS.

Depuis mars 2022, les EHPAD du CASVP ont reçu le circuit de signalement de la DSOL et se disent prêts à l'appliquer. Nombre d'EHPAD privés rencontrés par les auditrices ont découvert l'existence de la boîte structurelle DASES autonomie lors du mail adressé par la

DASES en mars 2022 pour leur indiquer les modalités de signalement aux autorités de contrôle.

Certains ont découvert l'existence des chargés de suivi au gré de la crise sanitaire. C'est un constat récurrent fait par la mission : à partir du moment où l'institution apporte une plus-value, notamment en termes de conseil et de suivi, ce qui fut le cas lors de la crise Covid, les EHPAD identifient leurs interlocuteurs et échangent avec eux.

5. LE SUIVI DES SIGNALEMENTS ET LA PRISE EN CHARGE DU RÉSIDENT ET DE SES PROCHES

5.1. Améliorer le suivi des réclamations des résidents et de leurs familles

5.1.1. Des procédures plus ou moins formalisées selon les établissements

Au-delà des enquêtes de satisfaction menées auprès des résidents, que 88,52% des EHPAD ayant répondu au questionnaire affirment avoir réalisé chaque année, les EHPAD indiquent à **93,44% apporter une réponse à chaque signalement ou plainte**.

Ils indiquent pour la plupart que chaque réclamation ou demande, qu'elle soit formulée oralement ou par écrit fait l'objet d'un suivi.

Les procédures de suivi des plaintes et réclamations examinées par la mission diffèrent selon les huit OG pour lesquels la mission dispose de procédures.

Parmi les éléments transmis, la qualité de la réponse apportée au résident est plus ou moins soulignée dans les fiches relatives à la procédure de gestion des réclamations.

La fiche « Gestion et traitement des réclamations clients » du groupe S insiste sur le soin à apporter à la réponse (excuses, rappel des étapes-clés de la gestion de la plainte, solution trouvée) et l'enregistrement dans le logiciel Pelikan, étant précisé que ce groupe dispose d'un médiateur, à disposition des familles. Toutefois, l'existence de ces procédures ne garantit pas l'effectivité du traitement.

Dans la pratique, les modalités de suivi peuvent différer, les directions adaptant les modalités à leur contexte. Par exemple, une directrice d'EHPAD du CASVP a déclaré dans le questionnaire apporter une réponse à chaque demande mais précisé en entretien que dans certains cas de sollicitations quotidiennes d'un résident ou d'une famille, une réponse formelle pouvait être inutile, au profit d'une sollicitation auprès des équipes permettant de s'assurer du traitement du sujet.

La mission relève que tant le groupe Y que le groupe S ont opéré un traitement de crise des réclamations des familles suite au contexte du début d'année 2022. Ainsi, en mai 2022, Y a lancé des « Etats Généraux » pour recueillir les doléances de ses résidents : une cinquantaine d'établissements parmi lesquels des EHPAD parisiens organisent ainsi en leur sein des réunions avec les familles, et une plateforme numérique a été mise en place pour recevoir des suggestions. Le groupe Y a annoncé établir un compte-rendu de ces débats à l'automne 2022.

5.1.2. Les résidents des EHPAD victimes d'infractions pénales ne bénéficient pas des dispositifs de prise en charge adaptés à destination des personnes âgées de plus de 75 ans vivant à domicile

91% des EHPAD ayant répondu au questionnaire déclarent qu'il existe des mesures d'accompagnement à disposition des résidents en cas d'EIG les affectant. Outre l'accompagnement des personnels soignants ou de la direction, certains établissements disposent d'un psychologue ou le cas échéant, activent une cellule psychologique en cas d'évènement traumatisant pour les résidents et/ou les personnels. L'accompagnement des familles, notamment suite au décès d'un proche est assuré selon des modalités similaires. Certains établissements peuvent également solliciter une aide psychologique extérieure (exemple de partenaires chez S). Un EHPAD du groupe M a désigné une aide-soignante référente bientraitance.

Par ailleurs, le bilan du schéma parisiens seniors 2017-2021 fait état de ce que le schéma départemental d'aide aux victimes de Paris propose une aide appropriée pour les personnes âgées vulnérables, qui lorsqu'elles sont victimes de faits de délinquance (abus de faiblesse, abus de confiance, escroqueries) ou de vols avec violences sont traumatisées et souvent désorientées⁶⁰.

Or, l'ensemble des institutionnels parisiens interrogés sur ce point se sont accordés à dire que ce dispositif n'était pas accessible aux résidents des EHPAD parisiens. D'ailleurs, aucune des directions d'EHPAD rencontrées par les auditrices n'en connaît l'existence. Cette situation ne semble pas adaptée dès lors que le fait d'être résident d'un ESMS ne garantit pas une protection face aux atteintes aux biens et aux personnes.

Recommandation 17 : Veiller à l'application des mesures instaurées par le Schéma Départemental d'Aide aux Victimes (SDAV) en EHPAD pour qu'un accompagnement juridique et psychologique du résident victime puisse lui être proposé le cas échéant

Par ailleurs, au-delà de l'insertion des résidents en EHPAD dans le dispositif du schéma départemental parisien d'aide aux victimes, la mission s'est intéressée aux autres instances susceptibles d'améliorer la prise en charge des résidents en EHPAD.

A ce titre, le Conseil départemental de la Citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) est associé aux groupes de travail de la DSOL et animé par une de ses chargées de mission, dont le but est de favoriser la participation des usagers aux politiques publiques à destination des personnes âgées et handicapées et dont l'ARS fait partie. Pour l'instant, aucun groupe de travail sur la maltraitance n'a été initié au sein de cette instance, les travaux s'étant plutôt orientés sur la question de l'isolement suite à la crise sanitaire, ce que la mission estime toutefois nécessaire d'engager.

5.1.3. Il n'existe pas de culture homogène de résolution amiable des conflits avec les familles

Tous les directeurs rencontrés se sont dits attachés à **associer les familles à la vie de l'EHPAD**. Toutefois, dans la majorité des établissements, les conséquences de la crise sanitaire les ont au contraire conduit à les en éloigner, à tout le moins physiquement. Ils ont déclaré avoir compensé la restriction/suppression des visites par une information numérique des familles.

Si dans le questionnaire, **85% des directions d'EHPAD ont indiqué se sentir formés pour assurer la relation aux familles**, les entretiens conduits avec les directeurs ont nuancé ces affirmations. Par exemple, un EHPAD du secteur associatif a manifesté de réelles difficultés à la prise en charge des familles, faisant appel de manière récurrente à la police pour gérer les conflits avec certaines d'entre elles.

La moitié des directeurs rencontrés considèrent que la relation aux familles constitue le fondement du métier, une directrice s'étant d'ailleurs parallèlement formée à la médiation. L'autre moitié a émis plus de réserves, certains directeurs regrettant une formation lacunaire sur ce sujet et se disant peu armés pour affronter l'intense vague de contestation actuelle des EHPAD et les relations conflictuelles induites avec les familles. Des besoins de formation spécifique, qui peuvent dépasser la question de la relation aux familles (média-

⁶⁰ Depuis octobre 2020, tous les commissariats remettent systématiquement un dépliant de l'association Paris Aide aux Victimes (PAV) aux personnes âgées de 75 ans au moment de la prise de plainte. A l'issue, les victimes de plus de 75 ans peuvent être orientées vers un intervenant social en commissariat (ISC) selon les critères suivants : âge, situation d'isolement, détresse manifeste, situation sociale. Après son évaluation, l'ISC peut orienter la victime vers l'association PAV pour la prise en charge juridique et/ou psychologique.

training par exemple) ou de soutien ponctuel en cas de crise, ont été exprimés par certains d'entre eux.

Certaines directions sont sensibles aux mécanismes psychiques animant les familles des résidents (sentiment de culpabilité de ne plus pouvoir assumer les soins à domicile, craintes autour de la fin de vie, notamment). Pour autant, d'autres ont plus de mal à gérer les conflits, exacerbés par le contexte actuel qu'ils assimilent parfois à une forme d'« *EHPAD bashing* ».

Par ailleurs, certains établissements ont tendance à se réfugier derrière un formalisme juridique. À ce titre, des pratiques très distinctes sont mises en place selon les EHPAD s'agissant de la **communication du dossier médical du résident à la famille**. Environ la moitié des EHPAD rencontrés déclarent que le dossier est adressé par courrier avec un respect strict du formalisme juridique entourant cette procédure. L'autre moitié considère au contraire que cette demande de la famille traduit nécessairement une souffrance ou une incompréhension qui suppose de proposer un entretien pour accompagner la remise du dossier médical par le médecin en répondant à leurs questionnements. C'est d'ailleurs cette bonne pratique qu'applique le CASVP au vu des déclarations de son médecin conseil.

5.2. **Renforcer les contrôles en lien avec l'ARSIF et en faire un outil d'amélioration de la démarche qualité**

5.2.1. **Les inspections doivent être renforcées et leur exploitation modifiée**

5.2.1.1. **Les inspections d'EHPAD diligentées sur le territoire parisien depuis 2018**

5.2.1.1.1. *Le cadre des inspections menées sur le territoire parisien*

Les règles relatives au contrôle administratif des EHPAD sont fixées par les articles L. 313-13⁶¹ à L. 313-20 du CASF. **Elles permettent notamment aux départements et à l'ARS de mener ensemble ou séparément des inspections.**

L'ARS a en charge le contrôle de tous les aspects liés au soin. Les inspecteurs peuvent avoir accès aux documents de l'établissement, mener des auditions (direction de l'établissement, salariés, ensemble des professionnels de santé qui lui sont rattachés).

Le champ d'intervention des inspecteurs est défini par le code de la santé publique. Pour ce qui concerne un établissement sanitaire ou médico-social, cela regroupe : l'organisation et le fonctionnement général de la structure ou de l'établissement ; le droit des usagers ; la conformité des équipements ; l'organisation des soins et la prise en charge médicale ; le respect des bonnes pratiques professionnelles ; les éléments d'environnement ayant un impact sur la santé (qualité de l'eau et de l'air, déchets, hygiène...) ; l'habitat et la qualité de vie ; la bonne mise en place d'animations et liens sociaux ; la prévention de la maltraitance ; la gestion des risques.

Le débat public est actuellement nourri sur le renforcement des contrôles. A cet égard, lors d'une web conférence organisée par le think tank « Matières grises » en mai 2022 sur les 7500 contrôles en Ehpads⁶², deux tendances sont apparues parmi les acteurs réunissant des

⁶¹ Art.L313-13 CASF V. Pour les établissements, services et lieux de vie et d'accueil relevant d'une autorisation conjointe, les contrôles prévus à la présente section sont effectués **de façon séparée ou conjointe** par les agents mentionnés aux II à IV du présent article, dans la limite de leurs compétences respectives.

⁶²https://matieres-grises.fr/nos_actions/conference-sur-les-contrôles-et-inspections-en-ehpad/?utm_source=sendinblue&utm_campaign=News%20MG%20-%20replay%20confrence%20Contrôles&utm_medium=email

responsables d'ARS, de conseils départementaux et des professionnels des Ehpads : d'une part la modification des autorités de contrôle avec une demande d'indépendance renforcée, certains sollicitant que le Défenseur des Droits soit chargé de ces missions en lieu et place des ARS et conseils départementaux, et d'autre part la multiplication des visites inopinées comme méthode d'inspection. L'IGAS a pour sa part considéré, lors de la même web conférence, que le contrôle inopiné n'a de sens que sur certains sujets. Les inspections annoncées seraient plus adaptées aux situations portant sur des questions d'organisation et demandant de rassembler des documents particuliers ou en grand nombre ; les inspections inopinées plus adaptées aux situations de soupçons d'un défaut grave de prise en charge (matériel inadapté, ressources humaines manquantes...).

A l'ARSIF, les inspections sont menées par le service d'inspection régionale autonomie santé (IRAS) composé de professionnels de santé, d'ingénieurs et de personnels administratifs. Il existait trois niveaux d'inspection correspondant au référentiel proposé par l'IRAS : le niveau 1 correspond à une inspection sur pièce, le niveau 2 à une inspection sur site et sur pièces mais ciblant uniquement certains sujets (RH, suivi des EIG par exemple), le niveau 3 correspondant à des inspections « complètes » susceptibles de porter sur l'ensemble des aspects à contrôler. La DSOL a indiqué que seuls les niveaux 1 et 3 seraient conservés, le niveau 2 s'apparentant plus de son point de vue à un contrôle qu'à une inspection.

En tout état de cause, le cadre de l'inspection doit permettre de capitaliser sur l'apport des contrôles menés pour améliorer le secteur de la qualité (gestion des risques, modalités d'accompagnement des personnes âgées). Au-delà des recommandations que la mission peut formuler à ce titre dans le cadre du présent rapport, il convient de rappeler que le cadre normatif national doit évoluer.

En effet, certaines normes d'inspection devraient être fixées réglementairement car peu de normes minimales existent aujourd'hui, à l'exception du taux d'encadrement des médecins coordonnateurs. Une réflexion ministérielle est toutefois en cours s'agissant de la fixation d'un taux minimal d'IDE la nuit.

L'ARS établit chaque année un programme d'inspection qui répond, d'une part, aux priorités définies par le ministère des Solidarités et de la Santé dans le cadre des objectifs nationaux d'inspection et de contrôle, et d'autre part aux priorités propres au territoire. En dehors de ces opérations programmées, les inspections des ARS peuvent être mobilisées **en urgence** sur des situations d'une particulière gravité. La Ville de Paris est informée des inspections et s'y associe le plus souvent, en fonction néanmoins des disponibilités de ses agents.

La Ville procède de la même manière. La DSOL a indiqué à la mission qu'elle définissait le programme d'inspection selon plusieurs indicateurs : la multiplication des EIG, des difficultés particulières au niveau budgétaire, de l'activité, de la fluidité de la relation avec l'établissement, et en cas de turn-over important des personnels.

La DSOL a pour ambition de mener plus d'inspections seule et a décidé à ce titre, au cours du premier trimestre 2022, de se doter d'une équipe dédiée aux inspections dans le champ des seniors et du handicap, rattachée à la sous-direction de l'autonomie, et composée de cinq profils administratifs cadre A⁶³ ainsi que deux médecins. La DSOL souhaite également que l'équipe des chargés de suivi du service seniors soient associée autant que possible aux missions.

La DSOL précise qu'avant la création de la cellule inspections, les missions d'inspection menées par la DSOL/SDA ont toujours été pilotées par des agents formés au métier de

⁶³ Deux attachés principaux de la Ville de Paris, deux inspecteurs de l'action sanitaire et sociale recrutés par voie de détachement et un contrat infirmier diplômé d'Etat (IDE), [...] avec expérience direction EHPAD. *Le membre de phrase qui précède a été occulté conformément aux dispositions du Code des relations entre le public et l'administration, relatif à la communication des documents administratifs.*

l'inspection (administratif et/ou médecin), certaines mêmes étant inspecteur de l'action sanitaire et sociale de formation.

Cette volonté de la DSOL de renforcer son propre service d'inspection est selon elle justifiée par la lourdeur de la double signature, qui allonge notamment les délais d'inspection. Un programme d'inspection conjointe avec l'ARS a été mis en œuvre.

5.2.1.1.2. Les inspections d'EHPAD diligentées depuis 2018 à Paris

Sur la période 2018-2021, il convient d'extraire complètement l'année 2020, pour laquelle la crise sanitaire n'a pas permis à l'ARS et au Département de Paris de mener les deux inspections conjointes d'EHPAD programmées, étant précisé que l'année suivante, les EHPAD visés n'ont pas plus été contrôlés, au profit de situations d'établissements considérées alors comme plus urgentes.

S'agissant des trois années 2018, 2019 et 2021, 5 inspections ont été réalisées sur des EHPAD, 2 par la DSOL seule, 3 conjointement avec l'ARS.

En réponse au rapport provisoire, la DSOL a indiqué que, sauf indisponibilité de l'ARS, toutes les inspections d'EHPAD depuis 2021 sont réalisées avec elle. Cette approche a été mise en œuvre dans la programmation des inspections menées en 2022 et la DSOL souhaite poursuivre à l'avenir avec la DD ARS 75.

[.....].

Le développement qui précède a été occulté conformément aux dispositions du Code des relations entre le public et l'administration, relatif à la communication des documents administratifs.

Recommandation 18 : Privilégier les missions d'inspection des EHPAD menées conjointement avec l'ARSIF notamment lorsqu'il s'agit d'inspections sur site

Recommandation 19 : Professionnaliser les agents dédiés à l'exercice des missions d'inspection au sein de la DSOL

Si les inspections sont une composante essentielle de la mission de contrôle des EHPAD qui incombe au Département, l'accompagnement de ces établissements aux fins de permettre une meilleure prise en charge des personnes âgées dépendantes passe également par une mission de conseil.

En effet, la difficulté réside pour partie dans la répartition actuelle des compétences : d'une part, la mission de tarification du Département suppose d'avoir un dialogue souple avec les établissements pour fixer la dotation dépendance, le prix de journée, et d'autre part de mener des missions de contrôle sur les mêmes établissements qui dénoncent le manque de moyens alloués pour parvenir aux objectifs assignés. Cette contradiction est au cœur du moment que vivent les EHPAD actuellement.

5.2.1.2. Privilégier une utilisation différente des inspections afin d'améliorer l'équilibre entre mission de contrôle et mission de suivi et d'accompagnement des établissements

5.2.1.2.1. Instaurer une culture du contrôle chez les chargés de suivi à la DSOL

Les chargés de suivi de la DSOL ainsi que leur encadrement ont indiqué aux auditrices que la multiplicité de leurs tâches, centrées sur l'exercice de la mission de tarification des ESMS qui incombe au département, ne leur permettait pas d'exercer leur mission de contrôle (suivi des établissements et inspections) dans les conditions qu'ils souhaiteraient.

En effet, l'équipe est composée au sein du BAPA de cinq chargés de suivi, encadrés par un responsable, qui assurent la tarification et le suivi des EHPAD, des résidences autonomie, des petites unités de vie et des centres d'accueil de jour.

Le responsable du pôle établissement estime que ses agents occupent 70% de leur temps de travail à la mission de tarification et 30% à la mission de contrôle. De ce fait, le suivi quotidien des établissements et de leurs signalements est rendu difficile.

L'encadrement a souligné une importante rotation des effectifs au sein de l'équipe et une faible ancienneté de la plupart des agents.

L'impact de la crise sanitaire a été très important sur l'activité de ces agents durant les années 2020-2021. Plusieurs directions d'EHPAD ont indiqué aux auditrices avoir découvert l'existence des chargés de suivi de la DSOL au cours de la crise. À cette occasion, chaque chargé de suivi s'est vu attribuer le suivi d'EHPAD selon un découpage du territoire parisien par aire géographique. Toutefois, le portefeuille habituel des chargés de suivi est organisé par organisme gestionnaire. Ainsi, le même chargé de suivi ne suivait pas les mêmes EHPAD selon que sa mission consistait en un suivi COVID ou en une mission de tarification ou contrôle. Cette dichotomie dans la répartition des EHPAD selon les tâches effectuées introduit une confusion au sein des établissements qui ne savent plus quelle personne référente contacter au Département en cas de besoin.

Au-delà des ajustements nécessaires en termes d'organisation pour améliorer la visibilité des chargés de suivi pour les EHPAD, les cadres de la DSOL s'accordent à considérer que la culture du contrôle n'est pas suffisamment ancrée chez les chargés de suivi. [.....].

La phrase qui précède a été occultée conformément aux dispositions du Code des relations entre le public et l'administration, relatif à la communication des documents administratifs.

Un levier essentiel consiste en l'amélioration de leur formation. À cet égard, la DSOL a communiqué aux auditrices des informations relatives au parcours de formation proposé aux chargés de suivi d'établissements sociaux et médico-sociaux.

Depuis 2022, un nouveau marché de formation a été attribué à un nouveau prestataire. Auparavant le module dédié au contrôle et inspection durait deux jours. En réalité, une seule journée a été proposée pour ce module, dont la dernière session s'est tenue au printemps 2020, deux agents y ayant participé, dont un qui a effectué une mobilité et n'est actuellement plus en poste. Au regard de l'ancienneté de l'équipe rencontrée durant le temps de la mission d'audit, aucun agent n'avait pu effectuer de parcours complet.

Depuis la signature du nouveau marché, aucune session n'était encore programmée en avril 2022. Ces nouvelles formations sont plutôt axées sur la tarification et/ou l'analyse financière, sur les CPOM ou sur les plans de retour à l'équilibre et donc incomplètes pour l'accompagnement des chargés de suivi dans l'acquisition des compétences en matière de contrôle. Ainsi, après une formation initiale de 5 jours, le module 2 porte sur le cadre légal et réglementaire, comptable et financier et seul le module 3 de perfectionnement laisse place à 2 jours de formation sur le contrôle et l'inspection en lien avec l'ARS.

Une formation continue et internalisée à la direction a dans ce cadre été sollicitée par la cheffe du BAPA, sans concrétisation à ce jour. Pour y pallier, la responsable des inspections a été sollicitée pour assurer ponctuellement des demi-journées de formation aux agents du bureau sur les procédures métiers du suivi des ESMS. L'IGAS préconisait également lors de la web conférence précédemment citée (cf page 61) que les inspecteurs des conseils départementaux puissent bénéficier de modules de formation de l'EHESP⁶⁴.

La DSOL doit instaurer un dialogue avec les EHPAD parisiens, qui ne se limite pas à la tarification, et développer sa démarche qualité à partir des chargés de suivi d'établissements dont les missions doivent évoluer vers le contrôle et le conseil et qu'il convient de former pour ce faire.

Recommandation 20 : Renforcer les missions des chargés de suivi d'établissements en développant leurs compétences de contrôle et de conseil aux établissements

En réponse au rapport provisoire, la DSOL a indiqué que les chargés de suivi disposent de compétences générales sur le suivi des établissements. Des missions de contrôle leur sont adjointes. Elle indique approuver le fait que les chargés de suivi doivent davantage développer la démarche de qualité en développant la mission de contrôle et de conseil mais souligne que les effectifs sont limités au regard de l'ampleur des tâches et des portefeuilles d'établissements, ce dont la mission convient

La mission conseille de s'orienter vers un plan de formation robuste et un renforcement du dialogue avec les EHPAD, sur le modèle de ce qui a notamment pu être mis en place durant la crise sanitaire.

5.2.2. L'analyse des pratiques doit être renforcée pour inscrire la démarche qualité dans le fonctionnement des EHPAD

Il faut initialement rappeler, à l'instar de la Cour des Comptes⁶⁵, que le cumul de difficultés des personnels soignants (insuffisance du taux d'encadrement⁶⁶, mauvaise organisation des cycles, absentéisme, manque de formation...) peut susciter de réels problèmes de qualité de prise en charge, et ce d'autant plus que les établissements rencontrent des difficultés pour recruter des aides-soignants, nombre d'entre eux étant remplacés par des personnels « faisant fonction » d'aides-soignants, bien qu'ils ne disposent pas des diplômes nécessaires. Ce cumul de difficultés est générateur d'EI pour lesquels le temps manque aux équipes pour analyser leurs causes afin d'éviter leur reproduction.

Au CASVP

La conseillère médicale estime que l'objectif réside en ce que les EHPAD réalisent eux-mêmes leur plan de qualité avec l'appui du central. Sa démarche est celle d'un accompagnement, par exemple sur les délais à respecter entre la survenue de l'EI et le REX (2-3 mois environ le temps de disposer de l'ensemble des informations et du recul nécessaire pour analyser la situation). Il lui est par exemple arrivé de demander un RMM par EHPAD sur le circuit de médicament.

Elle considère que la démarche qualité n'en est qu'à ses débuts et a constaté l'absence de suivi sur une dizaine d'EIG. Cette démarche doit nécessairement entrer en synergie avec l'action impulsée par le directeur d'établissement.

⁶⁴ Ecole des Hautes Etudes de la Santé Publique

⁶⁵ Rapport 2022 sur la prise en charge des personnes âgées en EHPAD p.16

⁶⁶ Entre 2011 et 2015, le taux d'encadrement dans les EHPAD au niveau national est passé de 59 à 63 ETP pour 100places- source : DREES Etudes et résultats n°1172 décembre 2020

La coordinatrice des soins et responsable de la qualité et de la gestion des risques au CASVP a expliqué aux auditrices qu'en fonction de la gravité de l'EI, elle organise des **retours d'expérience (REX)** lorsque l'EI concerne le soin, une infection associée au soin, une erreur d'administration du médicament, seule ou avec la conseillère médicale. Sont également organisés des **REMED (retour d'expérience sur le médicament)**, auxquels l'ARS n'est pas associée, pas plus que la pharmacie du CASVP⁶⁷. [.....].

La phrase qui précède a été occultée conformément aux dispositions du Code des relations entre le public et l'administration, relatif à la communication des documents administratifs.

Sont également organisées des **revues mortalité morbidité (RMM)**⁶⁸ lorsque l'EIG entraîne l'hospitalisation ou le décès du résident, avec pour objectif principal d'acculturer les EHPAD à la qualité. Une des difficultés consiste à s'assurer que tout REX ou dysfonctionnement conduit bien à un plan d'amélioration de la qualité, les retours des cadres de santé n'étant pas systématiques ou complets. Certains EHPAD peuvent en effet se montrer réticents par peur d'une mauvaise évaluation et d'une bureaucratisation, tout l'enjeu de la démarche qualité en EHPAD consistant dès lors à améliorer les pratiques en revenant sur les EI sans être trop chronophage pour les équipes ou dans la formalisation pour l'encadrement qui doit rester au plus près du terrain. Ainsi, au sein du CASVP, un EHPAD a refusé l'organisation d'un REX (retour d'expérience)⁶⁹ en invoquant le temps de préparation trop long.

Un dernier outil mériterait d'être utilisé pour parfaire l'analyse des causes, il s'agit du **rapport d'activité médicale (RAMA)**, rédigé chaque année par tous les établissements. Il inclut un chapitre sur la politique de gestion des risques incluant notamment les sorties inopinées, les EI, les mauvaises pratiques. À ce titre, la conseillère médicale du CASVP a demandé aux établissements un RAMA simplifié pour qu'il soit intégré au projet d'établissement, certains indicateurs pouvant être utilisés voire diffusés publiquement, sous certaines conditions.

Pourtant, **88% des EHPAD ayant répondu au questionnaire adressé par la mission ont affirmé pratiquer un retour d'expérience suite à un dysfonctionnement grave ou un EIGS ayant affecté leur établissement.** Seuls six établissements ont indiqué le contraire.

Toutefois, la forme que peut prendre ce retour d'expérience et la systématique de cette pratique diffèrent au vu des entretiens menés par les auditrices avec les directions d'établissement.

La STARAQS, mise à disposition des EHPAD par l'ARS, constitue une aide pour l'analyse des pratiques. Ainsi, un EHPAD du CASVP a bénéficié d'une visite sur site⁷⁰ ainsi que deux EHPAD relevant du secteur privé à but lucratif rencontrés par la mission. À ce titre, un directeur d'EHPAD du groupe S a exposé que depuis quatre ans, le groupe était épaulé par la Staraqs dans le cadre des retours d'expérience suite à un EIG/EIGS. Il a cité l'exemple d'un décès suspect. Le médecin coordonnateur a souligné l'aide apportée et a indiqué avoir participé en 2022 à l'enquête EI/EIG menée par la Staraqs. Hormis cette aide, le directeur a indiqué

⁶⁷ Une pharmacie commune aux 15 EHPAD du CASVP prépare l'ensemble des médicaments des résidents.

⁶⁸ Les auditrices ont assisté à une RMM (revue morbidité mortalité) menée par la responsable de la démarche qualité du CASVP dans un EHPAD suite à une sortie inopinée de plusieurs jours d'un résident. Elle réunissait douze infirmières et aides-soignantes de différents pavillons de l'EHPAD, la direction, la cadre de santé en charge de la démarche qualité et le médecin coordonnateur. [.....]. *Le développement qui précède a été occulté conformément aux dispositions du Code des relations entre le public et l'administration, relatif à la communication des documents administratifs.*

⁶⁹ A partir d'un événement déclaré par un établissement de soins, le retour d'expérience va valoriser la gestion menée par les professionnels de santé. Il s'agit d'un partage d'informations sur les circonstances de survenues de l'épisode et sa prise en charge par les différents partenaires. Le REX se veut utile à la prévention ou à la gestion des événements infectieux graves associés aux soins. Le retour d'expérience est un partage d'expérience : ce n'est ni un référentiel ni une conduite à tenir.

⁷⁰ Réunion d'analyse des causes suite à l'ingestion d'un produit détergent par un résident

bénéficier de l'aide de la responsable qualité au niveau régional qui intervient sur les REX complexes. De manière systématique, une analyse des causes de l'EIG est faite avec les outils habituels de la démarche qualité (grille ALARM) et un REX ou un bilan interne en CODIR est effectué avec l'ensemble des personnels concernés. Toutefois, beaucoup de directions d'EHPAD rencontrées ignorent encore l'existence de la STARAQS.

Le centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPIAS) a également pu être sollicité par un EHPAD du secteur privé lucratif.

Ces établissements ont aussi pour pratique, comme certains EHPAD publics ou associatifs, de s'appuyer sur le milieu hospitalier en faisant notamment appel aux équipes mobiles de gériatrie et/ou de soins palliatifs de l'hôpital le plus proche, soit pour des prises en charge, soit pour des formations « flash ».

Recommandation 21 : Développer les RETEX, RMM et analyse de pratiques au sein des EHPAD

En réponse au rapport provisoire, la DSOL a indiqué demander depuis 2022 systématiquement un Retex des EIG et qu'elle peut inciter le gestionnaire à demander aussi l'aide de la STARAQS.

5.2.2.1. L'absence de comité d'éthique au sein des EHPAD ne facilite pas l'analyse interne des pratiques

En réponse au questionnaire adressé par la mission, 67,2% des EHPAD déclarent ne pas disposer d'un comité d'éthique et 32,8% en disposer. **Parmi ces 20 établissements, certains disposent d'un comité d'éthique en leur sein d'autres bénéficient de celui du siège de leur OG.** C'est notamment le cas chez N où le siège reçoit une fiche de description des situations que les établissements ne parviennent pas à traiter.

D'autres ont exigé récemment que chaque établissement du groupe se dote d'un comité d'éthique qui se réunisse au moins une fois par an. Dans l'EHPAD du groupe S visité par les auditrices, il a été indiqué que le comité d'éthique se réunit une fois par trimestre : initié en décembre 2021 par une première réunion relative au cadre et au règlement intérieur, il a été suivi par une seconde réunion en mars 2022 portant notamment sur la question de la restriction des protections urinaires. La troisième réunion, prévue pour juillet 2022 aura pour thème la vie en collectivité avec des personnes présentant des troubles cognitifs et la question du placement en UVP. Le directeur a indiqué que les familles ou les salariés proposaient une thématique avant la réunion regroupant les familles, les salariés, les résidents et le CODIR de l'établissement.

Il existe également un comité d'éthique au sein du R. Il se réunit trois fois par an. Un forum annuel est organisé sur l'un des thèmes traités dans l'année ou sur un sujet d'actualité.

Compte tenu du contexte national, un certain nombre d'OG ont décidé récemment de mettre en place des comités d'éthique au cours de l'année 2022. C'est notamment le cas de l'association W où un comité d'éthique inter-établissements est en cours de création. L'association AB l'envisage également à moyen terme (objectif inscrit dans le projet d'établissement ainsi que dans le CPOM).

D'autres considèrent toutefois que la réflexion au quotidien sur les situations complexes suffit à la réflexion éthique et de nombreux établissements ne justifient pas l'absence de comité d'éthique en leur sein. La création de ces espaces de parole, qui est jugée nécessaire par la majorité des directions d'établissement avec lesquelles la mission s'est entretenue est toutefois considérée moins prioritaire que la formation à la déclaration des EI.

Les auditrices relèvent à ce titre que si le temps des personnels dédié à des espaces de réflexion est très contraint, le partage sur les pratiques constitue un aspect essentiel de la démarche qualité.

La DSOL travaille à un projet d'accompagnement des EHPAD dans le développement d'une culture éthique, qui sera réalisé avec la participation du responsable du pôle Réseaux et Observatoire, à l'Espace de Réflexion Éthique d'Ile de France, dans la continuité des travaux engagés durant la crise sanitaire⁷¹.

Au CASVP

Trois EHPAD déclarent dans le questionnaire avoir mis en place un comité d'éthique actuellement actif. Un autre EHPAD indique en disposer mais ne pas l'avoir réuni depuis 2019 en raison de la crise sanitaire, sa réactivation étant prévue en juin 2022. Cet EHPAD expose les difficultés empêchant sa réunion à savoir l'absence du médecin coordonnateur et la vacance du poste adjoint ressources.

Certaines réflexions alimentent les réunions des comités d'éthique, notamment sur la sexualité en EHPAD, thème cité à plusieurs reprises par les établissements, de même que la vie en collectivité, la vie en UVP⁷². À ce titre, le médecin conseil du CASVP estime que les troubles du comportement et d'agression des gens déments sont particulièrement difficiles à suivre. Face à ces situations qui laissent les personnels de santé démunis, un travail de réflexion commun a été mis en place entre un EHPAD concerné par ce type de situation et l'hôpital Sainte-Anne.

Une aide du CASVP pour l'organisation de ces réunions apporterait dès lors une plus-value certaine.

À défaut de comité d'éthique, les entretiens menés par les auditrices ont montré que les psychologues de l'EHPAD peuvent parfois être mobilisés. Lorsque la taille de l'établissement permet la présence d'un psychologue du personnel et d'un psychologue pour les résidents, le psychologue du personnel peut se charger d'animer un retour sur une situation préoccupante. Ce n'est toutefois pas toujours le cas.

Certains EHPAD ont indiqué aux auditrices avoir fait appel à des psychologues extérieurs à l'établissement, par exemple PsyFrance (cellule d'écoute psychologique dédiée aux salariés) en cas de situation grave. Un EHPAD du secteur associatif a eu recours au comité d'éthique de l'hôpital Cochin.

Recommandation 22 : Créer un comité d'éthique en central pour les EHPAD du CASVP

En réponse au rapport provisoire, le CASVP a indiqué que dans le cadre du plan stratégique CPOM, l'ensemble des EHPAD est invité à mettre en place un comité éthique et qu'il s'agit d'une première étape indispensable avant de pouvoir envisager la mise en place d'un comité central.

⁷¹ La DSOL a indiqué prévoir de réunir l'ensemble des EHPAD à trois reprises :

- Le premier temps d'échanges est la phase de lancement :
Il sera question de rappeler la genèse de la charte éthique, de présenter la construction d'une démarche éthique et ses enjeux, de réaliser un état des lieux des démarches déjà engagées.
- Les deuxièmes et troisièmes temps se dérouleront à un mois d'intervalle et seront l'occasion de traiter de sujets éthiques qui préoccupent les professionnels, le premier autour de la participation des résidents et des familles, et le second sera défini en fonction des attentes des participants. Chaque séance se déroulerait en trois temps : les pratiques et les problèmes, identifier la question éthique, les réflexions et les réponses possibles.

⁷² Unité de Vie Protégée

PILOTES ET CONTRIBUTEURS DES RECOMMANDATIONS

Recommandations	Entités responsables	Échéance
Adopter la terminologie du cadre réglementaire pour les EIGS, les dysfonctionnements graves et EI et employer le langage courant pour les autres termes (réclamations, plaintes notamment)	DSOL - CASVP	2023
Formaliser les procédures internes de remontée d'EI et les intégrer au projet d'établissement pour instaurer une culture de la traçabilité des EI	DSOL	2023
Assurer une formation à la déclaration des événements indésirables, adaptée à l'ensemble des personnels des EHPAD, et notamment du CASVP, permettant l'appropriation d'une culture de la déclaration	DSOL - CASVP	2023
Vérifier annuellement le taux de formation des personnels à la bientraitance, y compris pour les personnels en contrat court	DSOL	2023
Contractualiser dans les CPOM le traitement des EI et EIG et accompagner la démarche qualité lorsque les indicateurs afférents apparaissent peu performants	DSOL	immédiat
La Ville de Paris doit se doter d'un dispositif de recueil des réclamations et, au-delà d'un accusé de réception, apporter une réponse aux plaintes et réclamations à l'issue du traitement effectué	DSOL	2023
Prévoir pour tous les EHPAD un document dédié aux droits du résident (soit dans le livret d'accueil, le contrat de séjour ou tout document remis à l'admission) prévoyant les modalités d'exercice de ceux-ci ainsi que les personnes ressources pour les faire valoir	DSOL	2023
Prévoir spécifiquement pour les EHPAD du CASVP une remise à jour du contrat de séjour et la création d'un livret d'accueil commun rappelant précisément les droits des résidents	DSOL - CASVP	2023
Sensibiliser les résidents et leurs proches à la déclaration des événements indésirables	DSOL	2023

par des campagnes régulières de communication adaptées aux différents publics des EHPAD		
Favoriser une remontée multi-canaux des réclamations en appliquant le cadre réglementaire et en mettant en réseau les différents acteurs de l'EHPAD (CVS, PQ, associations d'écoute, association de résidents et de leurs familles)	DSOL	2023
Veiller à ce que les CODIR des EHPAD du CASVP associent les directeurs, directeurs adjoints, mais aussi les MEDCO, et à défaut de MEDCO, l'IDEC	DSOL - CASVP	Immédiat
Procéder au recrutement des MEDCO dans les établissements qui n'en disposent pas	DSOL	2023
Le CASVP doit se doter d'un tableau de suivi des dysfonctionnements graves et EIGS déclarés par ses 15 établissements	DSOL - CASVP	2023
Créer une nouvelle base de données des signalements, plus fiable et professionnelle que le tableau Excel de suivi des signalements de la DSOL, le cas échéant avec l'aide de la DSIN	DSOL - DSIN	2023
Intégrer dans la cartographie des risques de la DSOL le risque de non-traitement de signalement relevant de la compétence partagée avec l'ARSIF	DSOL	2023
Mettre en place un protocole entre la DSOL et l'ARSIF clarifiant les procédures de traitement et de suivi des dysfonctionnements graves, des EIGS et des réclamations	DSOL	2023
Veiller à l'application des mesures instaurées par le Schéma Départemental d'Aide aux Victimes (SDAV) en EHPAD pour qu'un accompagnement juridique et psychologique du résident victime puisse lui être proposé le cas échéant	DSOL - DPMP	2023
Privilégier les missions d'inspection des EHPAD menées conjointement avec l'ARSIF, notamment lorsqu'il s'agit d'inspections sur site	DSOL	2023
Professionaliser les agents dédiés à l'exercice des missions d'inspection au sein de la DSOL	DSOL	2023
Renforcer les missions des chargés de suivi d'établissements en développant leurs compétences de contrôle et de conseil aux établissements	DSOL	2023

Développer les RETEX, RMM et analyse de pratiques au sein des EHPAD	DSOL	2023
Créer un comité d'éthique central pour les EHPAD du CASVP	DSOL - CASVP	2023

LISTE DES RECOMMANDATIONS

- Recommandation 1 :** Adopter la terminologie du cadre réglementaire pour les EIGS, dysfonctionnements graves et EI et employer le langage courant pour les autres termes (réclamations, plaintes, notamment) 38
- Recommandation 2 :** Formaliser les procédures internes de remontée d’EI et les intégrer au projet d’établissement pour instaurer une culture de la traçabilité des EI 46
- Recommandation 3 :** Assurer une formation à la déclaration des événements indésirables, adaptée à l’ensemble des personnels des EHPAD permettant l’appropriation d’une culture de la déclaration..... 49
- Recommandation 4 :** Vérifier annuellement le taux de formation des personnels à la bientraitance, y compris pour les personnels en contrat court 51
- Recommandation 5 :** Contractualiser dans les CPOM le recueil et le traitement des EI et EIG et accompagner la démarche qualité lorsque les indicateurs afférents apparaissent peu performants 52
- Recommandation 6 :** La Ville de Paris doit se doter d’un dispositif de recueil des réclamations et, au-delà d’un accusé de réception, apporter une réponse aux plaintes et réclamations à l’issue du traitement effectué 53
- Recommandation 7 :** Prévoir pour tous les EHPAD un document dédié aux droits du résident (soit dans le livret d’accueil, le contrat de séjour ou tout document remis à l’admission), prévoyant les modalités d’exercice de ceux-ci ainsi que les personnes ressources pour les faire valoir 57
- Recommandation 8 :** Prévoir spécifiquement pour les EHPAD du CASVP une remise à jour du contrat de séjour et la création d’un livret d’accueil commun rappelant précisément les droits des résidents..... 57
- Recommandation 9 :** Sensibiliser les résidents et leurs proches à la déclaration des événements indésirables par des campagnes régulières de communication adaptées aux différents publics des EHPAD..... 57
- Recommandation 10 :** Favoriser une remontée multi canaux des réclamations en appliquant le cadre réglementaire et en mettant en réseau les différents acteurs de l’EHPAD (CVS, PQ, associations d’écoute, association de résidents et de leurs familles) 61
- Recommandation 11 :** Veiller à ce que les CODIR des EHPAD du CASVP associent les directeurs, directeurs adjoints, mais aussi des médecins coordonnateurs, et à défaut de MEDCO, l’IDEC 64
- Recommandation 12 :** Procéder au recrutement des MEDCO dans les établissements qui n’en disposent pas 64
- Recommandation 13 :** Le CASVP doit se doter d’un tableau de suivi des dysfonctionnements graves et EIGS déclarés par ses 15 établissements..... 65
- Recommandation 14 :** Créer une nouvelle base de données des signalements, plus fiable et professionnelle que le tableau Excel de suivi des signalements de la DSOL, le cas échéant avec l’aide de la DSIN 72
- Recommandation 15 :** Intégrer dans la cartographie des risques de la DSOL le risque de non-traitement de signalement relevant de la compétence partagée avec l’ARSIF 73

Recommandation 16 : Mettre en place un protocole entre la DSOL et l'ARSIF clarifiant les procédures de traitement et de suivi des dysfonctionnements graves, des EIGS et des réclamations	73
Recommandation 17 : Veiller à l'application des mesures instaurées par le Schéma Départemental d'Aide aux Victimes (SDAV) en EHPAD pour qu'un accompagnement juridique et psychologique du résident victime puisse lui être proposé le cas échéant..	76
Recommandation 18 : Privilégier les missions d'inspection des EHPAD menées conjointement avec l'ARSIF notamment lorsqu'il s'agit d'inspections sur site	79
Recommandation 19 : Professionnaliser les agents dédiés à l'exercice des missions d'inspection au sein de la DSOL.....	79
Recommandation 20 : Renforcer les missions des chargés de suivi d'établissements en développant leurs compétences de contrôle et de conseil aux établissements	81
Recommandation 21 : Développer les RETEX, RMM et analyse de pratiques au sein des EHPAD	83
Recommandation 22 : Créer un comité d'éthique en central pour les EHPAD du CASVP	84

TABLE DES TABLEAUX, GRAPHIQUES ET ILLUSTRATIONS

Tableau 1 : Les catégories d'EIG et les autorités de contrôle destinataires	13
Tableau 2 : Répartition des résidents des EHPAD intra-muros bénéficiant d'une mesure de protection juridique au 31/12/2020.....	14
Tableau 3 : Répartition des résidents des EHPAD intra -muros bénéficiant d'une mesure de protection selon le statut des établissements - au 31/12/2020.....	14
Graphique 1 : Carte des EHPAD parisiens	20
Tableau 4 : Nombre d'organismes gestionnaires (OG), établissements, places d'hébergement par statut - 2021	21
Tableau 5 : Répartition des places par organisme gestionnaire (OG) - 2021	22
Tableau 6 : Typologie des places d'hébergement.....	23
Tableau 7 : Répartition des signalements reçus par l'ARS et par la DSOL selon le statut des établissements - 2018-2021.....	24
Tableau 8 : Évolution des signalements reçus par la DSOL du 1 ^{er} janvier au 17 mai 2022	25
Graphique 2 : Répartition des signalements reçus par l'ARS selon les OG - 2018-2021 ..	26
Graphique 3 : Répartition de l'ensemble des signalements reçus par la DSOL selon les OG - 2018-2021	27
Graphique 4 : Répartition des différentes catégories de signalements reçus par l'ARS et par la DSOL - 2018-2021.....	27
Tableau 9 : Répartition du nombre de signalements reçus par l'ARS selon le statut des établissements - 2018-2021.....	28
Tableau 10 : Répartition du nombre de signalement reçus par la DSOL selon le statut des établissements- 2018-2021	29
Tableau 11 : Nombre d'EI reçus par l'ARS et nombre d'EIG reçus par la DSOL - 2018-2021	30
Tableau 12 : Taux de signalements des OG concernés en 2021 pour l'ARS et pour la DSOL	31
Tableau 13 : Taux d'évènements indésirables graves des OG concernés en 2021 pour l'ARS et pour la DSOL.....	33
Figure 1 : Schéma général de la qualification d'un évènement indésirable (EI) en évènement indésirable grave (EIG).....	35
Graphique 5 : Nombre de dossiers traités par ALMA Paris - 2018-2020	60
Tableau 14 : Délai moyen entre la survenue des faits et la réception du signalement par la DSOL (Nb de jours) - 2018-2021.....	67
Tableau 15 : Répartition des choix des établissements de l'échantillon pour la transmission des signalements aux autorités de contrôle.....	69
Tableau 16 : Utilisation simultanée de la boîte DASES autonomie et de la boîte ARS alerte selon le type de signalement.....	70

Tableau 17 : Utilisation simultanée de la boîte ARS alerte et la boîte ARS médico-sociale selon le type de signalement.....	71
---	----

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Lettre de mission

Annexe 2 : Liste des personnes rencontrées

Annexe 3 : Procédure contradictoire

Annexe 4 : Questionnaire adressé aux EHPAD

Annexe 5 : Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales - Ministère des affaires sociales et de la santé

Annexe 6 : Nombre de places par statut, organisme gestionnaire et établissement

Annexe 7 : Fiche de procédure de suivi et de traitement des événements indésirables graves, plaintes et signalements - DSOL

Annexe 8 : fiche de procédure de signalement d'un événement indésirable (EI) et d'un événement indésirable grave (EIG) ou d'une plainte - CASVP

Annexe 9 : Les événements indésirables graves - Généralités - Support de formation CASVP

Annexe 10 : Fiche de procédure de prévention et de traitement des faits de maltraitance en EHPAD - CASVP

Annexe 11 : Extrait du support d'intervention auprès des EHPAD ; mars 2022 - Procédure de signalement - DSOL

Avis : *La version publiée de ce rapport ne comprend pas les annexes. Sous réserve des dispositions du Code des relations entre le public et l'administration, relatif à la communication des documents administratifs, et de la délibération 2014 IG 1001, celles-ci sont consultables sur place, sur demande écrite à la direction de l'Inspection générale.*