



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



Ville de Paris
Direction des solidarités
Sous-direction de l'autonomie
Affaire suivie par Firyal Abdeljaouad
Courriel : [redacted]

Monsieur Nicolas UTZSCHNEIDER
Président
Association OMEG'AGE GESTION
20 rue Jacques Daguerre
92 500 RUEIL MALMAISON

Agence Régionale de Santé
Délégation départementale de Paris

Affaire suivie par : Christel Rougy
Courriel : [redacted]

Téléphone : [redacted]

Lettre recommandée avec AR

N° 1A 200 086 00 262
1A 200 086 00 262

Saint-Denis, le 6/09/2023

Monsieur Le Président,

Comme annoncé dans le courriel adressé par mes services le 7 avril 2023, un contrôle sur pièces de l'EHPAD « Les Jardins de Montmartre » a été réalisé au titre du programme pluriannuel de contrôle des EHPAD, programme qui s'inscrit dans le cadre de l'orientation nationale d'inspection contrôle validée par le Conseil national de pilotage des ARS et des engagements de la Ville de Paris de renforcer les contrôles des EHPAD parisiens.

La mission de contrôle nous a remis son rapport dont vous trouverez un exemplaire ci-joint. Elle a relevé 18 écarts et 27 remarques, en particulier sur les points suivants :

- Un manque d'effectifs IDE, AS, AMP, AES au regard des objectifs du CPOM.
- Des glissements de tâches du fait que des auxiliaires de vie assurent des missions de soignants et que les procédures, protocoles de soins et documents officiels ne différencient pas les tâches accomplies par les aides-soignants, les AES/AMP et les auxiliaires de vie.
- Une culture de l'événement indésirable insuffisamment partagée, une absence de formalisation retours d'expérience suite aux événements indésirables graves (EIG) et une absence d'information du CVS concernant les EI et EIG et les mesures correctrices mises en œuvre.
- Un recours massif aux CDD.
- Une absence de certification d'infirmier coordonnateur
- La non-conformité du plan bleu
- L'absence de procédure de gestion des situations de violence et d'agression sexuelle.
- Une procédure d'admission du groupe qui n'a pas été adaptée à l'établissement.
- Une absence de mise à jour annuelle des projets personnalisés.
- L'absence de régularité dans le suivi des pesées de chaque résident.
- Une politique de promotion de la bientraitance portée par un nombre insuffisant de salariés formés aux différentes thématiques qui relèvent de la bientraitance et l'absence d'analyse des pratiques professionnelles animée par un intervenant extérieur.
- L'absence d'un protocole d'accueil permettant à chaque salarié (en CDI ou vacataire) de se repérer dans l'établissement.
- L'absence de commissions notamment chutes, contentions, CLAN permettant de piloter une politique de prévention à l'égard de la santé des résidents.
- Une gestion des risques environnementaux à améliorer

Aussi, compte-tenu de ces constats, nous envisageons de vous notifier 3 injonctions, 12 prescriptions et 11 recommandations figurant en **annexe** du présent courrier et portant notamment sur :

- La gestion des ressources humaines et la qualification des professionnels ;
- La formalisation des procédures et la formation du personnel sur les événements indésirables graves et les situations de violence.

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

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

Nous vous remercions de bien vouloir adresser la copie de vos éléments de réponse à [REDACTED] et [REDACTED]

Sans réponse de votre part à l'issue de ce délai, nous vous notifierons nos décisions définitives telles que figurant à l'annexe précitée.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de notre considération distinguée.

P/ La Directrice générale
de l'Agence régionale de santé
d'Ile-de-France
et par délégation

La directrice adjointe de la
délégation départementale
de Paris

[REDACTED]

Lucie DUFOUR

P/ Pour la Maire de Paris et par délégation,

rd La directrice des Solidarités

Le Directeur Adjoint des Solidarités

[REDACTED]

Jacques BERGER

Copie :

Madame Cassandra RICHARD
Directrice de l'EHPAD « Les Jardins de Montmartre »
18 rue Pierre Picard
75018 Paris



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



Annexe : Mesures envisagées dans le cadre du contrôle sur pièces réalisé à partir du 17 avril 2023 au sein de l'EHPAD « Les Jardins de Montmartre » (FINESS géographique 750000366), sis 18 rue Pierre Picard, 75018 Paris

	Injonctions envisagées	Textes de références	Ref. rapport	Délai de mise en œuvre
1	Injonction 1 : Dans la perspective du recrutement des AS/AES/AMP nécessaire au maintien de la qualité des soins, transmettre les preuves de publication d'annonce de recrutement (journaux, pôle emploi, internet...).	Articles D.312-155-0, II et L.311-3 ^{3°} du CASF.	2.1.1.3 Gestion des ressources humaines : Ecart 9 : Il manque un ETP d'IDE et 6 ETP d'AS/AMP/AES dans l'effectif, ce qui ne permet pas d'assurer une qualité de prise en charge aux résidents, ce qui contrevient aux dispositions des articles D.312-155-0, II et L.311-3 ^{3°} du CASF.	1 mois
2	Injonction 2 : Garantir que les auxiliaires de vie ne font pas fonction d'aides-soignants - en différenciant les métiers dans tous les documents présentant et/ou décrivant les métiers d'AS, d'AES, et d'auxiliaires de vie - en veillant dans l'organisation du travail et les plannings à cette différenciation. - en transmettant un plan de qualification des auxiliaires de vie à l'échelle de l'établissement.	Article L451-1 du CASF (agrément des formations sociales) Article L.4391-1 du CSP (exercice aide-soignant) et arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au DEAS D451-88 et -89 CASF et annexe 1 de l'arrêté du 30 août 2021 relatif au DE AES (missions AES) Article D312-155-0, 2° CASF Article L.311-3 ^{1°} HAS « La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre », 2008 (§ Repère n° 4.2.1 « Accueillir le nouveau professionnel et lui donner les moyens de comprendre et de s'adapter aux usagers qu'il accompagne »).	2.1.1.1 Gestion des ressources humaines :	6 mois

3	Injonction 3 : Formaliser une procédure de déclaration des EIG incluant la définition du CASF et intégrant l'obligation de déclaration à l'ARS et à la Ville de Paris, déclarer systématiquement les EIG à l'ARS et à la Ville de Paris, présenter le bilan des EIG au CVS et former le personnel à l'identification, la déclaration et l'évaluation des EI et EIG.	Article L.331-8-1 du CASF Article R.331-10 du CASF Articles R1413-67 à 73 CSP (déclaration et suivi des EIGS) Arrêté du 28/12/2016 relatif à l'obligation de signalement des ESMS HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement/ maltraitance", 2008.	1.5.1.3 / 1.51.5 : Gestion des risques des crises et des événements indésirables Ecart 6 : Quatre EIG sur les cinq mentionnés dans le tableau transmis à la mission de contrôle n'ont pas été déclarés aux autorités de tarification. L'EIG de [REDACTED] pas été transmis à l'ARS, ce qui contrevient à l'article L.331-8 du CASF. Ecart 7 : Les retours d'expérience ne sont pas systématiquement formalisés suite aux EI importants ou aux EIG. Remarque 11 : Aucune formation portant sur la qualification et le repérage des EI ainsi que sur la conduite des retours d'expérience n'est organisée. Remarque 12 : Au vu du nombre d'EI déclarés par mois, la culture de l'EI ne paraît pas suffisamment répandue au sein de l'établissement. 1.3.3.2 Animation et fonctionnement du CVS Ecart 4 : Le CVS n'est pas informé des EI et des EIG et des actions correctrices mises en œuvre, ce qui contrevient à l'article R331-10 CASF.	Immédiat
---	---	--	--	----------

	Prescriptions envisagées	Textes de référence	Réf. rapport	Déai de mise en œuvre
1	Mettre le plan bleu en conformité avec l'instruction interministérielle du 28 novembre 2022	Article L311-3 du CASF Article D312-160 CASF Article D312-155-4-1 du CASF Arrêté du 7 juillet 2005, modifié par l'arrêté du 8 août 2005, fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique Instruction interministérielle N° DGS/VSS2/ DGCS/ SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.	1.2.1.6 Management et stratégie Ecart 1 : Le plan bleu ne comporte pas de procédure en cas de rupture de la fourniture d'eau potable et de procédure pour la mise en place du retour d'expérience (RETEX) et de mise à jour du plan, en application de l'instruction interministérielle N° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Ecart 2 : L'absence de transmission à l'équipe de contrôle des annexes 1 à 17 du plan bleu ne permet pas de garantir que le plan bleu est conforme à l'arrêté du 28 novembre 2022.	6 mois

2	Garantir que l'IDE en charge de la coordination des soins et de l'encadrement des IDE, des aides-soignants et des auxiliaires de vie ait la qualification requise	Article D312-155-0 du CASF Article L312-1, II, 4° CASF HAS : « Stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance », 2008	1.2.2.12 Management et stratégie 	6 mois
3	Mettre le règlement de fonctionnement du CVS en conformité avec la réglementation en vigueur, notamment en ce qui concerne l'existence d'un collège de bénévoles.	Décret 2022-731 du 27 avril 2022.	1.3.3.1 Animation et fonctionnement du CVS Ecart 3 : Le règlement de fonctionnement du CVS n'est pas mis en conformité avec le décret 2022-731 du 27 avril 2022.	3 mois
4	Consolider la promotion de la bientraitance : - en mettant en place l'analyse des pratiques professionnelles, notamment pour les aides-soignants, les auxiliaires de vie, et les infirmières, les ASH - en déclarant de façon systématique les EIG à l'ARS et à la Ville de Paris et en présentant un bilan annuel des EI et EIG au CVS - en élaborant une procédure de traitement des situations de violence et de harcèlement sexuel et en formant le personnel sur ces thématiques - en formant plus de personnel chaque année aux thématiques autour de la bientraitance - en formalisant des retours d'expériences pour les EIG mais aussi pour les EI les plus importants et les plus récurrents.	Article L119-1 CASF Article L. 311-3 CASF Circulaire relative à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance du 20 février 2014 Instruction DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007 HAS, « La bientraitance : définition et repères ... » et « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement ... », 2008	1.4.3.1 Gestion de la qualité Remarque 7 : Aucune analyse des pratiques professionnelles animée par un intervenant extérieur n'est mise en place. Remarque 8 : Le personnel de l'EHPAD est formé en trop petit nombre aux thématiques qui relèvent de la bientraitance. 1.4.3.2/1.4.3.3 Gestion de la qualité Remarque 9 : La procédure de gestion des EIG ne mentionne pas les situations de harcèlement sexuel et d'agression. 1.4.3.2/1.4.3.3 Gestion de la qualité Ecart 5 : La procédure de gestion des EIG ne mentionne pas l'obligation de déclaration des situations de violence, de harcèlement sexuel, d'agression, et de maltraitance au Procureur de la République.	1 an

5	Organiser le travail afin de stabiliser l'équipe auprès des résidents, mettre en place des mesures luttant contre l'absentéisme, et diminuer le recours aux CDD.	Article L. D312-155-0 du CASF Article L.311-3 du CASF	2.1.1.3 Gestion des ressources humaines Ecart 10 : L'établissement recourt massivement aux CDD de courte durée, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-3 3° du CASF.	6 mois
6	Faire du projet personnalisé un outil de participation du résident et de sa famille à sa prise en charge, et garantir par une procédure la mise à jour annuelle de ce projet de vie.	Article L. 311-3 du CASF Recommandation HAS "Le projet de personnalisation, une dynamique du parcours d'accompagnement".	3.1.3.3 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie : Ecart 12 : Le résident et/ou sa famille ne participent pas activement à l'élaboration du projet de vie, ce qui contrevient à l'article L.311-3 7° du CASF. Ecart 13 : L'établissement ne procède pas à la mise à jour annuelle des projets personnalisés, ce qui ne permet pas de garantir une prise en charge individualisée, ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.	6 mois
7	Organiser une commission de coordination gériatrique avec la participation des autres professionnels de santé intervenant au sein de l'EHPAD et présenter notamment la mise en œuvre du projet de soins et le rapport annuel d'activité médicale de l'EHPAD.	Article D.312-158 du CASF Arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles HAS, "La Commission de coordination gériatrique", 2018	3.1.4.4 : Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie : Ecart 14 : La commission de coordination gériatrique ne se réunit pas une fois par an, ce qui contrevient à l'article D.312-158 du CASF.	déc-23
8	Mesurer et suivre le temps de réponse des appels malades	Article L.311-3 du CASF	2.5.4.3 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie : Ecart 15 : Le temps de réponse aux appels malades n'est ni mesuré ni suivi, ce qui contrevient à l'article L. 311-3 du CASF.	6 mois
9	Mettre la procédure « Circuit du médicament » en conformité avec la procédure « collaboration entre IDE, AS, AMP (Aide médico-psychologique) / ASG (Assistant de soins en gérontologie) » et mettre à jour le protocole de gestion de la douleur afin de préciser les tâches des professionnels en fonction de leur qualification.	Articles L313-26 du CASF et R4311-4 du CSP.	3.8.2.22 Soins : Ecart 16 : La procédure « Circuit du médicament » ne précise pas quels professionnels ont accès aux locaux de soins, et qui est autorisé à administrer les médicaments préparés par l'IDE et à quelles conditions, ce qui contrevient aux articles L313-26 du CASF et R4311-4 du CSP. 3.8.2.24 Soins : Ecart 17 : Le protocole de gestion de la douleur ne précise pas quel type de professionnel est habilité à évaluer la douleur, à administrer les antalgiques et à suivre l'évolution de la douleur, ce qui contrevient aux dispositions des articles L313-26 du CASF et R4311-4 du CSP.	1 mois

10	Améliorer le suivi nutritionnel des résidents en pesant chaque mois les résidents et en établissant un bilan des pesées (nombre par mois, nombre de résidents ayant un IMC inférieur à 20 notamment).	Article L.311-3 du CASF	3.4.3.9 Soins : Ecart 18 : La pesée de tous les résidents chaque mois n'est pas garantie, ce qui ne permet pas d'assurer une prise en charge individualisée de qualité, ce qui contrevient aux articles L.311-3 3° et D.312-155-0 2° du CASF.	6 mois
11	Transmettre les bordereaux de suivi des DASRI	Article L. 1335-4 du CSP	Les DASRI Ecart 19 : En l'absence de transmission des bordereaux de suivi des DASRI correspondant aux bons de prise en charge, la mission de contrôle ne peut établir l'existence des documents qui permettent le suivi des opérations d'élimination des DASRI, ce qui contrevient à l'article L.1335-4 du CSP.	1 mois
12	Réaliser des analyse Légionelles comprenant l'ensemble des points de surveillance requis par la réglementation en vigueur	Arrêté du 1er février 2010 relatif à la surveillance des légionelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire (Cf Annexe 2).	Les légionelles Ecart 20 : Le contrôle de l'ensemble des points de surveillance n'est pas complet ce qui contrevient aux dispositions de l'arrêté du 1er février 2010 relatif à la surveillance des légionelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire (Annexe 2). Ecart 21 : Le suivi du plan d'action en cas de dépassement des concentrations réglementaires en légionelles n'inclut pas un recontrôle des points d'usage après traitements du réseau d'ECS, ce qui contrevient aux dispositions de l'article 3 de l'arrêté du 1er février 2010 relatif à la surveillance des légionelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire.	3 mois

	Recommandations envisagées	Réf. rapport
1	Mettre à jour le projet d'établissement en fonction du nouveau cadre réglementaire, préciser le rôle des bénévoles, préciser le rôle des différents référents, définir des objectifs sur la base d'indicateurs chiffrés	1.2.1.4 Management et stratégie : Remarque 1 : Les mises à jour du projet d'établissement ne tiennent pas compte des modifications réglementaires ou du cadre de travail ((CPOM, arrêté d'habilitation à l'aide sociale, composition du CVS, définition de la maltraitance (article L. 119-1 du CASF), etc...). 1.2.1.5 Management et stratégie : Remarque 2 : Le projet d'établissement ne précise pas les cycles de travail. Remarque 3 : Concernant le projet d'animation, le projet d'établissement ne précise pas : • les objectifs chiffrés (nombre de résidents par animation, temps pour les soignants) • le rôle des bénévoles auprès des résidents • la nature du travail avec les résidents et leurs proches pour maintenir les liens dans le projet d'animation. Remarque 4 : Le rôle des différents référents n'est pas clairement défini. Le rôle et la fonction du professionnel référent en charge du suivi du projet personnalisé du résident ne sont pas définis dans le projet d'établissement. Remarque 5 : Le projet d'établissement ne pose pas systématiquement des objectifs pour les années 2019-2024 et ceux-ci ne sont pas mis en lien avec des indicateurs chiffrés permettant de suivre la progression de la réalisation du projet d'établissement.
2	Construire le plan de développement de compétences au regard des besoins propres des professionnels de l'établissement	2.1.2.1 Gestion des ressources humaines : Remarque 14 : Les documents fournis ne permettent pas de s'assurer que les salariés ont eu accès et auront accès à des formations adaptées aux besoins des résidents.
3	Elaborer des documents à destination des nouveaux salariés qui présentent les règles de fonctionnement de l'établissement et les protocoles les plus importants.	2.1.2.5 Gestion des ressources humaines : Remarque 16 : Les documents mis à disposition des nouveaux salariés ne leur présentent pas les règles de fonctionnement de l'établissement ni les protocoles les plus importants.
4	Adapter la procédure à l'établissement afin de garantir que l'ensemble des actions requises sont accomplies pour chaque admission.	3.1.1.1 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie Remarque 18 : La procédure d'admission ne précise pas les acteurs de l'admission, ce qui ne garantit pas que les actes essentiels soient accomplis.
5	Mettre en place des commissions chutes, contention, un CLAN...	3.1.4.4 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie : Remarque 19 : La politique de prévention menée par l'établissement n'est pas formalisée, par la tenue de commissions (chutes, contention, CLAN, etc...) régulières, ce qui ne permet pas d'optimiser la réflexion collective sur les actions préventives à mener.
6	Mieux répartir l'intervention des bénévoles tout au long de la semaine, y compris le week-end, en approfondissant et précisant le projet d'animation	3. 1 Organisation de la Prise en charge de l'admission à la sortie : Remarque 20 : L'intervention des bénévoles ne correspond à ce qui est noté dans le projet d'établissement. Elle est insuffisamment définie et cadrée. Remarque 21 : L'intervention des bénévoles a lieu exclusivement le lundi et le mercredi de 13 à 14h.

7	Construire une annexe au contrat de séjour ou un avenant à signer dans un délai maximum d'un mois après l'admission pour définir le tarif dépendance sur la base du GIR évalué 3 semaines après l'admission	3.2.2/3.2.2.5 : Respect des droits des personnes Remarque 22 : Le paragraphe du contrat de séjour portant sur les frais liés à la dépendance ne peut être rempli au moment de la signature du contrat de séjour.
8	Préciser la nature des risques majeurs qui peuvent conduire à la prescription d'une contention.	3.2.3.1 : Respect des droits des personnes Remarque 23 : La procédure "Gestion des contentions" ne précise pas la nature des risques majeurs qui peuvent conduire à la prescription d'une contention.
9	Mettre à jour le protocole de gestion de la douleur par les AS en l'absence du MedCo ou de l'IDE pour prendre en compte l'évaluation de la douleur systématique décrite dans le RAMA 2022.	3.8.2.24 Soins Remarque 24 : Le protocole de gestion de la douleur en l'absence du MedCo ou de l'IDE n'est pas conforme à ce qui est décrit dans le RAMA 2022.
10	Réaliser des formations/informations pour l'ensemble des personnels en charge de la gestion des DASRI et s'assurer que la procédure de gestion des DASRI précise les éléments relatifs à la conformité des contenants notamment lors de leur fermeture.	DASRI Remarque 26 : La mission de contrôle constate des défauts de fermeture sur les boîtes cartonnées jaunes qui constituent un risque dans la manipulation pour le personnel.
11	Garantir que la température des points d'usage d'ECS est inférieure à 50° C.	Légionelles : Remarque 27 : L'établissement ne garantit pas que la température des points d'usage d'ECS est conforme à la réglementation en vigueur.

