

Délégation départementale de Paris
Agence Régionale de Santé d'Île-de-France

Ville de Paris
Sous-direction de l'autonomie
Direction des solidarités


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

Affaire suivie par :
Christel ROUGY


Conrad LAJUSTICIA

Saint-Denis, le 05 JAN. 2024

Lettre recommandée avec AR
N°

Madame,

Comme annoncé dans notre courrier du 9 mai 2023, un contrôle sur pièces de l'établissement « Arthur GROUSSIÉ » a été réalisé au titre du programme pluriannuel de contrôle des EHPAD. Ce programme s'inscrit dans le cadre de l'orientation nationale d'inspection contrôlée validée par le Conseil national de pilotage des ARS et des engagements de la Ville de Paris de renforcer les contrôles des EHPAD parisiens.

La mission d'inspection nous a remis son rapport dont vous trouverez un exemplaire ci-joint.

Au total 21 écarts et 14 remarques ont été formulés, en particulier sur les points suivants :

- Le temps de présence du médecin coordonnateur n'est pas conforme à la réglementation (Article D312-156 du CASF).
- Le CVS n'est pas informé des dysfonctionnements, des événements graves et des mesures correctrices envisagées ou mises en place (article R331-10 du CASF).
- La procédure de signalement des EI et EIG ne mentionne pas l'obligation de déclaration des situations de violence, harcèlement sexuel, agression et de maltraitance au Procureur de la République et ne contient pas de définition d'un EI ou d'un EIG (Articles L331-8-1, R331-8 et R331-9 du CASF, arrêté du 28 décembre 2016).
- L'absence de personnel infirmier prévu deux matins du planning prévu pour le mois de juin (article L311-3, 1° du CASF).
- Les AS et ASO exercent les mêmes missions alors que ces personnels ne disposent pas des mêmes qualifications, ce qui constitue un glissement de tâches (articles L451-1 et L311-3, 1° du CASF).
- La mission ne peut s'assurer que chaque résident dispose d'un PAI à jour (article L311-3 3° du CASF).
- La Commission de Coordination Gériatrique ne s'est pas réunie en 2022 et 2021 (D312-158, 3° du CASF).
- Le temps de réponse aux appels malades n'est ni mesuré ni suivi (article L311-3 du CASF).

- La fiche récapitulative du dossier technique amiante de l'ensemble de l'établissement n'a pas été transmise.
- Aucune convention de collecte des DASRI n'a été transmise.
- Les analyses de légionelles, comprenant l'ensemble des points de surveillance, ainsi que le suivi du plan d'actions suite à dépassement en légionelles, n'ont pas été effectués selon la réglementation en vigueur.

Au regard de l'ensemble des constats réalisés par la mission, nous envisageons de vous notifier 2 injonctions, 18 prescriptions et 14 recommandations figurant en annexe du présent courrier.

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

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, Madame, l'expression de notre considération distinguée.

Pour la Directrice générale
de l'Agence régionale de santé
d'Île-de-France et par délégation,
Le directeur de la délégation départementale de Paris



Tanguy BODIN

Pour la Maire de Paris et par délégation,
La directrice des Solidarités



Jeanne SEBBAN

Copie à :

[REDACTED]
EHPAD Arthur GROUSSIER
6, avenue Marx Dormoy
93140 BONDY

Annexe

Mesures envisagées dans le cadre de l'inspection de l'EHPAD « Arthur GROUSSIER » du 9 mai 2023

Injonctions envisagées	Texte de référence	Réf. rapport	Délai de mise en œuvre
1 Modifier les fiches de postes et/ou de tâches en différenciant clairement les ASO des ASD et en respectant les compétences de chaque catégorie de professionnels.	L451-1 du CASF et L311-3, 1° du CASF	2.1.4.4 – Gestion des ressources humaines Ecart 12 : Le personnel soignant de l'établissement dispose d'une fiche de tâches hebdomadaires commune alors que les missions qui peuvent être effectuées les personnels participant à la prise en charge des résidents ne sont pas uniques et dépendent de leur qualification, ce qui contrevient aux articles L451-1 et L311-3, 1° du CASF.	1 mois
2 Régler la température de l'eau chaude sanitaire pour l'abaisser en dessous de 50 °C (immédiat) Et Fournir le résultat des nouvelles mesures de température après le réglage (1 mois)	Arrêté du 30 novembre 2005 modifiant l'arrêté du 23 juin 1978 relatif aux installations fixes destinées au chauffage et à l'alimentation en eau chaude sanitaire des bâtiments d'habitation, des locaux de travail ou des locaux recevant du public	Risques Environnementaux – Eau chaude sanitaire Ecart 21 : Des analyses de température d'eau chaude sanitaire révèlent des températures supérieures à 50°C ce qui contrevient à l'arrêté du 30 novembre 2005.	Immédiat Et 1 mois

Prescriptions envisagées		Texte de référence	Ref. rapport	Délai de mise en œuvre
1	Préciser les conditions d'accès et d'utilisation des locaux à usage collectifs dans le règlement de fonctionnement.	R.311-35 du CASF	1.2.1.2 Management et Stratégie Écart 1 : Le règlement de fonctionnement n'étant pas spécifique à l'établissement, il n'indique pas les conditions d'accès et l'utilisation des locaux à usage collectif, ce qui contrevient à l'article R.311-35 du CASF.	3 mois
2	Rédiger un nouveau projet d'établissement	Article L.311-8 du CASF	1.2.1.4 – Management et stratégie Écart 2 : Le projet d'établissement est caduc, ce qui contrevient à l'article L.311-8 du CASF.	1 an
3	Rédiger un plan bleu conformément à l'instruction du 28 novembre 2022	Instruction interministérielle 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 (EHPAD).	1.2.1.6 – Management et stratégie Écart 3 : L'établissement n'a pas rédigé de plan bleu conformément à 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 (EHPAD).	1 an
4	Réorganiser le temps de médecin coordonnateur (réparti entre médecin coordonnateur et médecin traitant salarié) afin de garantir que la mission de coordination des soins	D.312-156 du CASF	1.2.2.14/1.2.2.15 – Management et stratégie Écart 4 : La quotité de travail du MedCo n'est pas conforme aux dispositions de l'article D.312-156 du CASF.	1 semaine

Prescriptions envisagées		Texte de référence	Ref. rapport	Délai de mise en œuvre
	telle que définie à l'article L. 312-156 du CASF correspondre à 0,8 ETP.			
5	Mettre à jour le règlement intérieur et la composition du CVS selon la réglementation actuellement en vigueur	Articles D311-4 à D311-20 CASF	1.3.3.1 – Animation et fonctionnement des instances Ecart 5 : Le règlement intérieur du CVS et sa composition ne sont plus conformes à la réglementation entrée en vigueur le 1er janvier 2023 (D311-4 à D311-20 CASF)	6 mois
6	Transmettre le compte rendu de la présentation d'un bilan relatif aux événements indésirables au Conseil de la Vie Sociale.	Article R.331-10 du CASF	1.3.3.2 – Animation et fonctionnement des instances Ecart 6 : Le CVS n'est pas informé des dysfonctionnements et événements graves et des mesures correctives et préventives envisagées, ce qui contrevient à l'article R.331-10 du CASF.	3 mois
7	Transmettre le rapport d'une nouvelle évaluation externe	Article D312-204 CASF	1.4.2.1 – Gestion de la qualité Ecart 7 : L'évaluation externe date d'il y a plus de 5 ans, ce qui contrevient à l'article D312-204 CASF.	1 an
8	Mettre à jour la procédure de signalement des EI et EIG en mentionnant l'obligation de déclaration des situations de violence, de harcèlement sexuel, d'agression, et de maltraitance au Procureur de la République et corrigeant la définition des EIG	Article 40 et l'article 434-3 du code pénal et Articles L331-8-1 et R331-8 à 10 du CASF	1.4.3.2 – Gestion de la qualité et 1.5.1.3 – Gestion des risques, des crises et des événements indésirables Ecart 8 : La procédure de signalement des événements indésirables et des événements indésirables graves ne mentionne pas l'obligation de déclaration des situations de violence, de harcèlement sexuel, d'agression, et de maltraitance au Procureur de la République, ce qui contrevient à l'article 40 et l'article 434-3 du code pénal. Et Ecart 9 : La procédure de signalement d'un événement indésirable, d'un événement indésirable grave ou d'une plainte ne propose pas une définition précise de l'événement indésirable	15 jours

Prescriptions envisagées	Texte de référence	Réf. rapport	Délai de mise en œuvre
9	Transmettre la justification de ce classement ou reclassifier ces événements. RETEX ou formation à réaliser avec les personnes ayant réalisées ces classements.	ni de l'événement indésirable grave. Elle réduit l'EIG à l'EIGS, ce qui contrevient aux articles L331-8-1 et R331-8 à 10 du CASF. 1.5.1.5 / 1.5.1.6 – Gestion des risques, des crises et des événements indésirables Ecart 10 : La classification de certains événements en EI et non en EIG est à justifier, ce qui contrevient aux articles L311-8-1 et R331-8 à 10 du CASF.	1 mois
10	Transmettre les documents permettant d'établir la présence de personnel infirmier les matins du 9 et du 23 juin 2023.	2.1.4.5 – Gestion des ressources humaines Ecart 11 : Aucune présence d'IDE n'est prévue pour les matins du 9 et 23 juin sur le planning fourni, ce qui contrevient à l'article L311-3, 1° du CASF.	immédiat
11	Fournir un planning de réalisation des projets personnalisés encore non actualisés en 2023, ou non réalisés depuis l'admission.	3.1.3.3 – Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie 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.	1 mois
12	Fournir le compte-rendu de la commission gériatrique 2023.	3.1.4.4 – Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie Ecart 14 : La commission de coordination gériatrique ne s'est réunie ni en 2022, ni en 2021 (Article D312-158, 3° du CASF).	2 mois
13	Fournir la procédure permettant de suivre et de mesurer le temps de réponse des appels malades.	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.	2 mois
14	Fournir la fiche récapitulative du dossier technique amiante.	Risques Environnementaux - Amiante Ecart 16 : La fiche récapitulative du dossier technique amiante de l'ensemble de l'établissement n'a pas été transmise.	immédiat

Prescriptions envisagées		Texte de référence	Ref. rapport	Delai de mise en œuvre
		sanitaires liés à une exposition à l'amiante dans les Immeubles bâtis		
15	Etablir une convention de collecte des DASRI spécifique à l'établissement.	Article L. 1335-2 Articles R. 1335-1 à R. 1335-14 du Code de la Santé Publique	Risques Environnementaux - DASRI Ecart 17: Aucune convention de collecte des DASRI n'a été transmise.	6 mois
16	Fournir des bordereaux intégralement remplis par le collecteur de traitement	Arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif aux contrôles des filières d'élimination des DASRI et assimilés et des pièces anatomiques	Risques Environnementaux - DASRI Ecart 18: Les bordereaux de suivi des déchets sont incomplets (remplissage des poids, cachet et signature de l'installation desfinalaire...)	3 mois
17	Fournir les analyses de légionelles des points de surveillance non réalisés en 2023.	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).	Risques Environnementaux - Légionelles Ecart 19: Les analyses de légionelles, comprenant l'ensemble des points de surveillance, n'ont pas été effectuées selon l'arrêté du 1er Février 2010.	3 mois
18	- Fournir un plan d'action mis à jour comprenant le recensement des points d'usage en cas de dépassement des concentrations réglementaires en légionelles. - Fournir les analyses de recensement des points de surveillance sur lesquels ont été constatés des dépassements en 2022.	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);	Risques Environnementaux - Légionelles Ecart 20: Le plan d'actions en cas de dépassement des concentrations réglementaires en légionelles n'inclus pas de recensement des points d'usage après traitements du réseau d'ECS ce qui contrevient à l'arrêté du 1er Février 2010.	6 mois

	Recommandations envisagées	Réf. rapport
1	Mettre en adéquation la qualité de travail du MedCo entre les fiches de paie et le contrat de travail.	1.2.2.14/1.2.2.15 – Management et stratégie La qualité de travail du MedCo indiquée sur la fiche de paie du mois d'avril n'est pas conforme à la qualité de travail indiquée sur le contrat de travail
2	Définir la qualité de travail, les missions et les tâches du médecin traitant salarié dans une fiche de poste	1.2.2.14/1.2.2.15 – Management et stratégie La qualité de travail, les missions et tâches du médecin traitant salarié présent sur la structure ne sont pas définies
3	Mettre à jour le PACQ inclus dans le projet d'établissement. En faire un document autonome.	1.4.1.7/1.5.1.1 – Gestion de la qualité Le PACQ (inclus dans le projet d'établissement) n'a été ni, mis à jour ni suivi depuis son élaboration.
4	Transmettre les feuilles d'émargement confirmation la participation du personnel à des formations sur la bientraitance.	1.4.3.1 – Gestion de la qualité et 2.1.2.1 – Gestion des ressources humaines L'établissement n'a pas transmis de feuille d'émargement confirmant que ces formations sur le thème de la bientraitance ont eu lieu
5	Mettre en place des temps régulier d'analyses des pratiques professionnelles. Transmettre le calendrier prévisionnel.	1.4.3.1 – Gestion de la qualité Aucune analyse des pratiques professionnelles n'est mise en place.
6	Indiquer une action d'évaluation (avec un indicateur) de la progression de la politique de bientraitance dans le PACQ et mettre à jour la procédure de signalement des événements indésirables pour prendre en compte les faits de maltraitance.	1.4.3.1 – Gestion de la qualité La formalisation de la politique de promotion de la bientraitance est insuffisante, du fait de l'absence de suivi des actions mises en place, et l'absence de procédure de signalement de faits de maltraitance.
7	Mettre à jour la procédure de signalement des événements indésirables pour prendre en compte les situations de violence, et notamment les situations de harcèlement sexuel et d'agression.	1.4.3.2 – Gestion de la qualité et 1.5.1.3 – Gestion des risques, des crises et des événements indésirables La procédure de signalement des événements indésirables et des événements indésirables graves ne mentionne pas les situations de violence, et notamment les situations de harcèlement sexuel et d'agression.
8	Programmer des formations sur les événements indésirables (EI) qui comprend notamment la distinction en les EI et le EIG.	1.5.1.3 – Gestion des risques, des crises et des événements indésirables Et 2.1.2.1 – Gestion des ressources humaines

	Recommandations envisagées	Réf. rapport
		Aucune formation portant sur le repérage et la distinction entre EI et EIG n'est programmée au plan de développement des compétences.
9	Transmettre des documents attestant de la tenue des formations inscrites au plan de développement des compétences.	2.1.2.1 – Gestion des ressources humaines L'établissement n'a pas transmis de documents attestant que les formations inscrites au plan de développement des compétences ont été effectuées.
10	Prévoir un accompagnement des nouveaux salariés par un pair à leur arrivée dans la procédure d'accueil	2.1.2.5 – Gestion des ressources humaines L'accompagnement des nouveaux arrivants par un pair n'est pas prévu par le protocole d'accueil.
11	Mentionner sur les fiches de tâches heurées les personnes à contacter en cas de difficulté.	2.1.4.2 – Gestion des ressources humaines La fiche de tâches transmise n'indique pas les personnes à solliciter en cas de difficultés.
12	Mettre à jour le livret d'accueil pour mentionner le rôle des personnes qualifiées et comment y faire appel en cas de besoin.	3.2.2.2/3.2.2.5 – Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie Le livret d'accueil ne comporte pas de mention du rôle des personnes qualifiées
13	Transmettre le RAMA 2023 comportant une analyse chiffrée des contentions.	3.2.3.1 – Respect des droits des personnes Le RAMA ne propose aucune analyse chiffrée des contentions.
14	Transmettre les qualifications des intervenants paramédicaux libéraux	4.2.1.2 – Coordination avec les autres secteurs Les qualifications des intervenants paramédicaux libéraux n'ont pas été transmises

