

Ville de Paris
Direction des solidarités
Sous-direction de l'autonomie
Affaire suivie par Fanny REYNAUD

Agence Régionale de Santé
Délégation départementale de Paris
Affaire suivie par : Christel Rougy

Lettre recommandée avec AR
N°

Centre d'action social de la Ville de Paris
Adjointe à la sous-directrice de l'autonomie
en charge du Pôle Opérateur
Sous-direction de l'autonomie
5, boulevard Diderot
75012 Paris

Saint-Denis, le **09 AVR. 2024**

Madame,

Dans le cadre du plan national d'inspection et de contrôle des EHPAD, un contrôle conjoint a été réalisé au sein de l'EHPAD Alice PRIN situé 5 à 17 rue Maria Helena Vieira Silva 75014 Paris, le 7 avril 2023 par l'Agence régionale de santé d'Île-de-France et la Ville de Paris.

Dans le cadre de la procédure contradictoire, en application des articles L.121-1 et L.122-1 du code des relations entre le public et l'administration, nous vous avons adressé le 5 janvier 2024 le rapport que nous a remis la mission d'inspection, ainsi que deux injonctions, onze prescriptions et vingt-deux recommandations que nous envisageons de vous notifier.

Vous nous avez transmis le 7 février 2024 des éléments de réponse détaillés, ce dont nous vous remercions.

Nous notons que des corrections et des précisions ont été apportées concernant les mesures suivantes :

- Injonction 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.
- Prescription 3 : Faire état de la présentation d'un bilan relatif aux événements indésirables au Conseil de la Vie Sociale.
- Prescription 5 : Etablir la présence d'une IDE dans l'établissement l'après-midi du contrôle.
- Prescription 9 : Transmettre la convention de collecte des DASRI.
- Prescription 10 : Réaliser des analyses légionelles comprenant l'ensemble des points de surveillance requis par la réglementation en vigueur.
- Recommandation 1 : Transmettre le dernier règlement de fonctionnement
- Recommandation 3 : Faire figurer les ETP dans l'organigramme
- Recommandation 6 : Mettre en place un COPIL Qualité
- Recommandation 9 : Transmettre une description des EI déjà fournis
- Recommandation 10 : Veiller à la traçabilité de l'ensemble des EIG transmis aux autorités de contrôle
- Recommandation 11 : Mettre à jour régulièrement les outils de suivi des effectifs.
- Recommandation 12 : Identifier les causes de l'absentéisme et de rotation du personnel et engager une politique permettant d'y remédier
- Recommandation 13 : Rédiger le protocole d'accueil du nouveau personnel
- Recommandation 14 : Indiquer la qualification du personnel de remplacement sur les plannings du personnel et transmettre les plannings mis à jour pour le mois d'avril
- Recommandation 15 : S'assurer de transmissions écrites entre les équipes de nuit et de jour
- Recommandation 16 : Mentionner sur les fiches de tâches heurées les contacts à solliciter en cas de survenance d'événements inattendus

- Recommandation 17 : Assurer la planification de la répartition de la charge du travail des AS et ASO pour que cette tâche ne repose plus sur ces personnels
- Recommandation 19 : Mettre à jour la procédure de remplacement en mentionnant la présence d'une IDE la nuit

Elles sont donc retirées. Cependant, au regard de l'ensemble des éléments de réponse apportés, des actions correctrices restent nécessaires.

Aussi, vous vous notifiez à titre définitif une injonction, huit prescriptions et dix recommandations que vous trouverez en annexe au présent courrier.

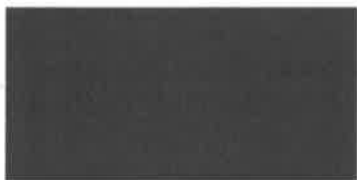
Nous appelons votre attention sur la nécessité de transmettre à la Délégation départementale de Paris de l'ARS IDF [redacted] et à la Ville de Paris [redacted] de preuve documentaire permettant la levée définitive de ces décisions.

Nous vous rappelons que l'absence de mise en œuvre, dans le délai imparti, des mesures correctrices enjointes peut être sanctionnée par application des dispositions des articles L. 313-14 et L.313-16 du code de l'action sociale et des familles par l'application 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.

Un recours contentieux peut être formé devant le tribunal administratif dans les deux mois suivant la réception de la présente notification. Le tribunal administratif peut être saisi par l'application *Télérecours citoyens* accessible sur le site <https://citoyens.telerecours.fr>

Nous vous prions d'agréer, Madame, l'expression de notre considération distinguée.

Pour La Directrice générale par intérim
de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France
et par délégation
Le Directeur de la Délégation départementale de Paris



Pour la Maire de Paris et par délégation,

La D



Copie :



Directrice
EHPAD Alice PRIN
5 à 17 rue Maria Helena Vieira Silva
75014 Paris



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



Annexe : Décisions définitives dans le cadre du contrôle sur pièces à partir du 17 avril 2023 au sein de l'EHPAD Alice PRIN (Numéro FINESS 750048373)

Infonctions envisagées	Ref. rapport	Réponse de l'établissement au contradictoire	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
1 Modifier les fiches de postes et/ou de tâches en différenciant clairement les ASD et en respectant les compétences de chaque catégorie de professionnels.	2.1.4.2 et 2.1.4.4 Gestion des ressources humaines Ecart 6 : 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.	2.1.4.2 et 2.1.4.4 Les fiches de poste des ASO et AS ont été modifiées afin de bien distinguer leur mission (cf. fiches jointes). Les fiches de tâches heurées sont par ailleurs modifiées pour préciser la conduite à tenir en cas d'évènement inattendu.	La mission prend bonne note des nouvelles fiches de poste transmises. Compte tenu des modifications apportées, l'injonction est retirée. Néanmoins, des précisions mériteraient d'être apportées (Cf. remarque n°23).	Articles L451-1 et L311-3, 1° du CASF	
2 Régler la température de l'eau chaude sanitaire en abaissant de 50 °C	Risques Environnementaux – Eau chaude sanitaire Ecart 13 : 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	Eau chaude sanitaire Les températures d'eau chaude sanitaire observées étaient liées au risque légionelles. L'EHPAD va se mettre en conformité avec l'arrêté du 30 novembre 2005 qui impose une température inférieure à 50°C sur les points d'eau où les gens se lavent ; le service travaux de la	Injonction maintenue dans l'attente de la transmission du devis de la CIEC ainsi que l'attestation de fin de travaux.	(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	Délai : dès réception du devis

			DSOL préconise une température de 42°C pour les douches et de 38°C pour les lavabos. Nous attendons un devis de la CIEC.	bâtiments d'habitation, des locaux de travail ou des locaux recevant du public)	
--	--	--	--	---	--

	Prescriptions envisagées	Réf. rapport	Réponse de l'établissement au contradictoire	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
1	Actualiser et transmettre le projet d'établissement.	1.2.1.5 Management et Stratégie Ecart 1 : Le projet d'établissement n'est plus valide.	1.2.1.5 L'élaboration d'un nouveau projet d'établissement est en cours ; vous trouverez ci-joint le calendrier d'élaboration du projet dont l'aboutissement est prévue pour juin 2024.	Prescription maintenue dans l'attente du nouveau projet d'établissement	Article L311-8 du CASF	Délai : juin 2024
2	Assurer un temps de présence effective du MedCo conforme à la réglementation (0,8 ETP).	1.2.2.14 Management et Stratégie Ecart 2 : Le temps de présence du MedCo n'est pas conforme à la réglementation	1.2.2.14 Le médecin coordonnateur en poste le jour du contrôle a quitté ses fonctions en mai 2023. Le poste est depuis vacant. Un recrutement est en cours pour une quotité de seulement 0,5 ETP. Nous poursuivons les recherches pour un 0,3 ETP supplémentaires. Le temps supplémentaire (0,2 ETP) donné au médecin traitant vise à compenser l'absence de médecin coordonnateur, notamment pour participer aux visites de préadmission.	La mission de contrôle prend bonne note de la réponse apportée. La prescription est cependant maintenue dans l'attente de la transmission des documents attestant des démarches effectuées.	Article D312-156 du CASF	Délai : Immédiat
3	Faire état de la présentation d'un bilan relatif aux événements indésirables au Conseil de la Vie Sociale.	1.3.3.2 Animation et fonctionnement du Conseil de la Vie Sociale Ecart 3 : Le CVS n'est pas informé des EI et des dysfonctionnements	1.3.3.2 Les événements indésirables et les dysfonctionnements font l'objet d'informations régulières en CVS depuis la mise en place du comité qualité. Un point a notamment été fait au CVS du 1 ^{er} juin 2023 (cf. ordre	Prescription retirée	Article R331-10 du CASF	

4	Transmettre l'ensemble des EIG des années N et N-1, ainsi que les retours d'expérience afférents et les mesures prises.	1.5.1.6 Gestion des risques, des crises et des événements indésirables Ecart 4 : La mission constate un faible nombre d'EIG déclarés aux autorités de contrôle	du jour et compte-rendu du CVS ci-joints).	1.5.1.6 Dans la mesure où l'EIG évoqué ne concernait pas un résident, [REDACTED] souhaitait que nous fassions part de la plus grande discrétion, cet EIG a en effet été volontairement retiré de la liste des EIG devant faire l'objet d'une information en CVS et d'un traitement en RETEX. [REDACTED] Concernant le nombre d'EIG en 2023, l'EHPAD a déclaré en tout 4 EIG : [REDACTED]	La mission prend bonne note de réponse apportée. Prescription maintenue dans l'attente des RETEX des quatre EIG 2023	Articles L331-8-1, R331-8 et R331-9 du CASF Arrêté du 28 décembre 2016 Délai : immédiat	
---	---	---	--	--	---	---	--

5	Etablir la présence d'une IDE dans l'établissement l'après-midi du contrôle.	2.1.4.5 Gestion des ressources humaines Ecart 5 : La mission n'a pu établir la présence d'une IDE dans l'établissement l'après-midi du contrôle	2.1.4.5 Une IDE était bien présente dans l'établissement l'après-midi du contrôle. Des lignes avaient été masquées dans le planning transmis. Vous trouverez ci-joint un extrait des transmissions faites le jour du contrôle sur le logiciel TITAN, attestant de la présence d'une IDE d'après-midi.	Prescription retirée	Article L311-3, 1° du CASF	
6	Transmettre le calendrier de réalisation ou de révision des PAI pour l'ensemble des résidents.	3.1.3.3 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie Ecart 7 : La mission ne peut s'assurer que chaque résident dispose d'un PAI	3.1.3.3 Chaque résident ne dispose pas en effet d'un projet d'accompagnement personnalisé. Et nous n'avons pas atteint en 2023 l'objectif que nous nous étions fixé. Cependant, tous les résidents ont un référent désigné et des réunions de soignants ont lieu tous les jeudis pour l'élaboration des PAI.	Prescription maintenue dans l'attente de transmission du calendrier de révision et de réalisation des PAI permettant à l'ensemble des résidents d'avoir un PAI révisé annuellement.	Articles L451-1 du CASF et L311-3, 1° du CASF	Délai : 3 mois
7	Réunir la commission gériatrique et transmettre le compte-rendu.	3.1.4.4 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie Ecart 8 : La Commission de Coordination Gériatrique ne s'est pas réunie en 2022	3.1.4.4 La commission de coordination gériatrique n'a pas été réunie en 2022 et en 2023. L'arrivée d'un nouveau médecin coordinateur en 2024 permettra de réunir cette instance.	Prescription maintenue dans l'attente du compte-rendu de la commission gériatrique	Article D312-158, 3° du CASF	Délai : dernier trimestre 2024
8	Transmettre le calendrier de réalisation de l'évaluation de la douleur 2023 pour chacun des résidents.	3.8.2.24 Soins Ecart 9 : Au vu des documents transmis, la mission ne peut s'assurer de la réalisation de l'évaluation de la douleur au moins une fois par an par résident	3.8.2.24 Les échelles d'évaluation de la douleur sont faites à l'arrivée du résident puis au minimum une fois par an si le résident n'exprime pas de douleur particulière, plus fréquemment si la personne est douloureuse (plusieurs fois par jour pour les résidents très douloureux). Ces évaluations sont visibles sur le logiciel de soin TITAN.	Prescription maintenue dans l'attente de transmission du calendrier de réalisation des évaluations de douleurs permettant d'établir que tous les résidents ont eu au moins une évaluation douleur en 2023	Article L1110-5 du CSP	Délai : 3 mois

9	Transmettre la convention de collecte des DASRI.	Risques Environnementaux – DASRI Ecart 10 : Aucune convention de collecte des DASRI n'a été transmise	Vous trouverez ci-joint la convention établie par la société PROSERVE	Prescription retirée Toutefois les conventions transmises ne sont pas remplies complètement car la fréquence de collecte n'est pas renseignée. Cela fait l'objet d'une nouvelle prescription .	Article L.1335-2, Articles R.1335-1 à R.1335-14 du Code de la Santé Publique Arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif aux contrôles des filières d'élimination des DASRI et assimilés et des pièces anatomiques)	
10	Réaliser des analyses légionelles comprenant l'ensemble des points de surveillance requis par la réglementation en vigueur.	Risques Environnementaux – Légionelles Ecart 11 : L'établissement n'a pas fourni les analyses légionelles de l'année 2023	Les analyses légionelles de 2023 ont bien été effectuées. Vous trouverez ci-joint les résultats transmis par la société EUROFINS	Prescription retirée	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)	
11	Réaliser les relevés de température sur les points de surveillance conformément à la réglementation en vigueur.	Risques Environnementaux – Eau chaude sanitaire Ecart 12 : Les relevés de température sur les points de surveillance de l'eau chaude sanitaire n'ont pas été réalisés comme le stipule la réglementation	Les relevés de température ne sont pas effectués en effet, sur sept points de prélèvement situés dans la chaufferie car ces points ne sont pas accessibles. Le service du patrimoine et de la DSOL ont demandé un devis de la CIEC pour une mise aux normes des points de prélèvement.	Prescription maintenue dans l'attente de la mise au norme des points de prélèvement	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	Délai : à la réception du rapport de la CIEC

				ou des locaux recevant du public)	
12	Transmettre une convention de collecte DASRI complète et faisant figurer la fréquence de collecte.	Risques Environnementaux – DASRI		Nouvelle prescription	Article L.1335-2, Articles R.1335-1 à R.1335-14 du Code de la Santé Publique Arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif aux contrôles des filières d'élimination des DASRI et assimilés et des pièces anatomiques) Délai : immédiat

	Recommandations envisagées	Réf. rapport	Réponse de l'établissement au contradictoire	Décision
1	Transmettre le dernier règlement de fonctionnement.	1.2.1.1 Management et Stratégie Rq 1 : La mission constate que le règlement de fonctionnement transmis n'est pas le dernier adopté.	1.2.1.1 Vous trouverez ci-joint la nouvelle version du règlement de fonctionnement remise aux résidents et affiché dans l'établissement.	Recommandation retirée
2	Compléter le plan bleu pour le mettre en conformité avec 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).	1.2.1.6 Management et Stratégie Rq 2 : Le plan bleu est à compléter et à mettre en conformité avec 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	1.2.1.6 La mise à jour du plan bleu de l'EHPAD, notamment sa mise en conformité avec l'instruction interministérielle du 28 novembre 2022 est prévue pour la fin 2024.	Recommandation maintenue dans l'attente du plan bleu mis à jour.

		personnes âgées dépendantes (EHPAD).			
3	Faire figurer les ETP dans l'organigramme.		1.2.2.1 Management et Stratégie Rq 3 : L'organigramme transmis à la mission ne comporte pas la mention des ETP.	1.2.2.1 L'organigramme transmis comporte bien la mention des ETP (les effectifs sont mentionnés en ETP mais cela n'était pas précisé dans le document). Le nouvel organigramme ci-joint comporte explicitement la mention que les effectifs sont mentionnés en ETP.	Recommandation retirée
4	Créer des indicateurs permettant de faire le suivi de la réalisation du PACQ.		1.4.1.7 Gestion de la Qualité Rq 4 : Le PACQ transmis, faute d'indicateurs, ne permet d'analyser ni le niveau de réalisation de chaque objectif, ni les mesures correctrices mises en places.	1.4.1.7 L'EHPAD travaille dans le cadre du comité qualité, à l'élaboration d'un nouveau PACQ plus opérationnel, comportant des objectifs mesurables avec des indicateurs de résultats. Le comité qualité a bien été mis en place (cf. compte-rendu du 13/12/23 ci-joint) mais la démarche qualité est encore en phase d'acculturation. L'EHPAD Alice PRIN participe à l'expérimentation du logiciel AGEVAL pour la saisie des événements indésirables. Ce logiciel devrait nous permettre d'améliorer le traitement de ces événements.	Recommandation maintenue dans l'attente du nouveau PACQ
5	Fournir une mise à jour du PACQ.		1.4.1.7 Gestion de la Qualité Rq 5 : La mise à jour régulière du PACQ n'est pas assurée. 1.5.1.5 Gestion des risques, des crises et des événements indésirables Rq 10 : Le PACQ transmis ne prend pas en compte les mesures préventives suite à l'analyse de EI/EIG (cf. aussi 1.4.1.7).	1.4.1.7 L'EHPAD travaille dans le cadre du comité qualité, à l'élaboration d'un nouveau PACQ plus opérationnel, comportant des objectifs mesurables avec des indicateurs de résultats. Le comité qualité a bien été mis en place (cf. compte-rendu du 13/12/23 ci-joint) mais la démarche qualité est encore en phase d'acculturation. L'EHPAD Alice PRIN participe à l'expérimentation du logiciel AGEVAL pour la saisie des événements indésirables. Ce logiciel devrait nous permettre d'améliorer le traitement de ces événements.	Recommandation maintenue dans l'attente du nouveau PACQ
6	Mettre en place un COPIL Qualité.		1.4.1.7 Gestion de la Qualité Rq 6 : La mission ne peut établir la présence d'un Copil Qualité au sein de l'établissement	1.4.1.7 L'EHPAD travaille dans le cadre du comité qualité, à l'élaboration d'un nouveau PACQ plus opérationnel, comportant des objectifs mesurables avec des indicateurs de résultats. Le comité qualité a bien été mis en place (cf. compte-rendu du 13/12/23 ci-joint) mais la démarche qualité est encore en phase d'acculturation. L'EHPAD Alice PRIN participe à l'expérimentation du logiciel AGEVAL pour la saisie	Recommandation retirée

			des événements indésirables. Ce logiciel devrait nous permettre d'améliorer le traitement de ces événements.	
7	Rédiger un paragraphe sur la maltraitance dans le livret d'accueil.	1.4.1.7 Gestion de la Qualité Rq 7 : La lutte contre la maltraitance n'est pas mentionnée dans le livret d'accueil.	1.4.1.3 La lutte contre la maltraitance n'est effectivement pas mentionnée dans le livret d'accueil. Ce livret commun à l'ensemble des EHPAD de la Ville de Paris sera modifié en conséquence courant 2024. Par ailleurs, les résidents et les familles ont la possibilité, comme cela leur est précisé à chaque visite de préadmission, ainsi que dans les différents temps de rencontre (café des résidents du jeudi matin, réunion des familles notamment), de faire remonter à la direction tout cas de maltraitance. Des affiches de l'association ALMA mentionnant les moyens de contacter le centre d'écoute de Paris sont aussi disposées à plusieurs endroits de l'EHPAD. 1.4.3.2 L'établissement ne dispose pas en effet de procédure spécifique en cas de violence ou de harcèlement sexuel. Il existe en revanche un guide du harcèlement et des discriminations fait en 2018 par le CASVP (ci-joint).	La mission de contrôle prend bonne note des actions entreprises par l'établissement pour permettre aux familles de signaler des maltraitances Recommandation maintenue dans l'attente du nouveau livret d'accueil
8	Rédiger une procédure en cas de violence ou de harcèlement sexuel.	1.4.1.7 Gestion de la Qualité Rq 8 : L'établissement ne dispose pas de procédure spécifique aux cas de violence ou de harcèlement sexuel		Recommandation maintenue dans l'attente d'une mise à jour de la procédure de gestion des EI/EIG mentionnant les cas de violence et de harcèlement sexuel
9	Transmettre une description des EI déjà fournis.	1.5.1.3 Gestion des risques, des crises et des événements indésirables Rq 9 : Les EI ne font pas tous l'objet d'une description détaillée.	1.5.1.3 Les EI sont en effet souvent décrits de manière trop succincte. Une nouvelle formation a été réalisée par la référente qualité de la Direction des solidarités (cf. feuille de présence ci-jointe). Les deux formations réalisées ont eu lieu en salle à manger et ont duré 1H30. Des rappels sur l'importance de déclarer d'une part, et sur la nécessité de déclarer précisément et justement d'autre part, sont régulièrement faits en transmission.	Recommandation retirée

10	Veiller à la traçabilité de l'ensemble des EIG transmis aux autorités de contrôle	1.5.1.3 Gestion des risques, des crises et des événements indésirables Rq 11 : La mission constate que l'EIG de 2022 transmis à la Ville de Paris n'a pas été recensé dans le cadre de cette mission de contrôle	1.5.1.6 Dans la mesure où l'EIG évoqué ne concernait pas un résident, [REDACTED] souhaitait que nous fassions part de la plus grande discrétion, cet EIG en effet été volontairement retiré de la liste des EIG devant faire l'objet d'une information en CVS et d'un traitement en RETEX.	Recommandation retirée
11	Mettre à jour régulièrement les outils de suivi des effectifs	2.1.1.1 Gestion des ressources humaines Rq 12 : Les outils de suivi des effectifs ne sont pas suffisamment mis à jour.	2.1.1.1 Nous prenons bonne note de l'insuffisance en terme de mise à jour des outils de suivi des effectifs. Cette insuffisance était en grande partie due à l'absence d'agent chargé des ressources humaines pendant plusieurs mois. Depuis l'arrivée d'un agent sur le poste en mars 2023 qui a bénéficié de plusieurs formations, ces insuffisances sont rétablies : suivi mensuel correctement mis à jour des départs/arrivées, mention des ETP et des codes PILEFF de création des postes.	Recommandation retirée
12	Identifier les causes de l'absentéisme et de rotation du personnel et engager une politique permettant d'y remédier.	2.1.1.3 Gestion des ressources humaines Rq 13 : Les taux de rotation et absentéisme du personnel sont supérieurs à la médiane nationale.	2.1.1.3 Les taux de rotation constatés sont en partie dus aux recrutements effectués sur les postes vacants en 2022 : les recrutements ont fait mécaniquement augmenter le taux de rotation. Ces recrutements ont permis en parallèle de diminuer les dépenses d'intérim. Par ailleurs, vu la difficulté à recruter des agents titulaires, nous recrutons de fait principalement des agents contractuels : les recrutements d'un mois	Recommandation retirée

			permettent de tester l'implication et le savoir-être des soignants. Et nous n'hésitons pas à ne pas reconduire les contrats lorsque les agents ne donnent pas satisfaction sur ce plan. En ce qui concerne l'absentéisme, le taux d'absentéisme 2022 était effectivement très élevé, constaté notamment au moment des vacances scolaires. Le taux d'absentéisme 2023 est beaucoup plus faible (cf. document de suivi de l'absentéisme ci-joint) du fait probablement d'une meilleure anticipation des congés.	
13	Rédiger le protocole d'accueil du nouveau personnel	2.1.2.5 Gestion des ressources humaines Rq 14 : Le protocole d'accueil du nouveau personnel n'a pas encore été rédigé	2.1.2.5 L'EHPAD a réalisé des livrets d'accueil des nouveaux arrivants à destination des AS, ASO au chevet et IDE (ci-joints). Ces documents sont remis à chaque nouvel arrivant et un accompagnement par un agent expérimenté a été mis en place.	Recommandation retirée
14	Indiquer la qualification du personnel de remplacement sur les plannings du personnel et transmettre les plannings mis à jour pour le mois d'avril.	2.1.4.5 Gestion des ressources humaines Rq 15 : La qualification du personnel de remplacement n'est pas indiquée sur les plannings fournis.	2.1.4.5 Les plannings ont été par ailleurs modifiés pour ajouter la qualification du personnel de remplacement et, ainsi tenir compte de la remarque n°15.	Recommandation retirée
15	S'assurer de transmissions écrites entre les équipes de nuit et de jour	2.1.4.5 Gestion des ressources humaines Rq 16 : Il n'existe pas de temps de chevauchement entre les horaires de l'équipe de nuit et celle du matin pour les transmissions orales.	2.1.4.5 Il n'existe pas en effet de temps de chevauchement entre les horaires de l'équipe de nuit et ceux du matin pour les transmissions orales. Cela relève du protocole RTT que l'établissement ne peut modifier. Toutefois, les transmissions sont réalisées de manière écrites dans le logiciel de soin informatisé.	La mission prend bonne note de la réponse apportée. Recommandation retirée
16	Mentionner sur les fiches de tâches heures les contacts à solliciter en cas de survenance d'événements inattendus.	2.1.4.2 Gestion des ressources humaines Rq 17 : Aucune mention des cas d'événements inattendus et de contact aux cadres de permanence ou d'astreinte n'est indiquée sur les fiches de tâches heures.	2.1.4.2 Les fiches de poste des ASO et AS ont été modifiées afin de bien distinguer leur mission (cf. fiches jointes). Les fiches de tâches heures sont par ailleurs modifiées pour préciser la conduite à tenir en cas d'événement inattendu.	Recommandation retirée
17	Assurer la planification de la répartition de la charge du travail des AS et ASO pour que cette tâche ne repose plus sur ces personnels.	2.1.4.2 Gestion des ressources humaines Rq 18 : La fiche de tâches heures indique que la répartition de la charge	2.1.4.2 Les fiches de poste des ASO et AS ont été modifiées afin de bien distinguer leur mission (cf. fiches jointes).	Recommandation retirée

		de travail des AS/ASO doit être faite par ces personnels chaque matin.			
18	Preciser le rôle d'ASO en indiquant les différentes missions qui peuvent leur être confiées au sein de l'établissement	2.1.1.4 Gestion des ressources humaines Rq 19 : Le rôle d'ASO et les missions qui peuvent leur être attribuées ne sont pas clairement définis.	2.1.4.4 Les fiches de poste spécifiques à chaque métier d'ASO ont été élaborées par le service des EHPAD de la Direction des Solidarités (ci-jointes).	La mission prend note des différentes fiches de poste transmises. La recommandation est néanmoins maintenue dans l'attente de la mise à jour des outils de suivi du personnel précisant clairement les fonctions exercées par ces personnels (agents de cuisine, de lingerie...)	
19	Mettre à jour la procédure de remplacement en mentionnant la présence d'une IDE la nuit.	2.1.4.7 Gestion des ressources humaines Rq 20 : La procédure de remplacement ne prévoit pas la présence d'une IDE de nuit, ce qui est contradictoire avec les plannings qui font état d'une IDE dans l'équipe de nuit.	2.1.4.7 Jusqu'en 2021, l'EHPAD Alice PRIN avait 2 IDE de nuit. L'un des deux ETP a été supprimé fin 2021. De sorte, qu'il ne restait plus qu'une IDE présente en moyenne 15 jours par mois. Le budget dédié aux effectifs de remplacement n'aurait pas suffi à financer la présence d'une IDE vacataire ou intérimaire pour les 15 autres jours de chaque mois. Ce second ETP d'IDE, a également été supprimé en 2023, la Direction des Solidarité ayant acté la création au 1 ^{er} janvier 2024 d'une équipe d'IDE mutualisée entre trois EHPAD (Annie Girardot, Furtado Heine et Alice PRIN). Pour ces raisons en 2022 et 2023, lorsque l'IDE de nuit ne figurait pas au planning, celle-ci n'était pas remplacée.	Recommandation retirée	
20	Mettre en cohérence le rythme des réévaluations des prescriptions de contention entre le protocole et le RAMA	3.2.3.1 Respect des droits des personnes Rq 21 : La mission a constaté une contradiction du rythme des réévaluations des prescriptions de contention entre le protocole et le RAMA.	3.2.3.1 Comme mentionné dans le RAMA, l'évaluation et le renouvellement des prescriptions des contentions sont faits mensuellement.	La ré-évaluation des contentions doit être journalière, ce qui est bien mentionné dans le protocole « contention » de l'établissement.	Recommandation maintenue

21	Transmettre les bordereaux de suivi de déchets	Risques environnementaux - DASRI Rq. 22 : Les bordereaux de suivi de déchets dûment remplis qui attestent de l'élimination des DASRI n'ont pas été transmis.	Les bordereaux de suivi des déchets attestant de l'élimination sont joints au présent envoi.	Contrairement à la réponse de l'établissement, les bordereaux de suivi n'apparaissent pas dans l'envoi fait. Recommandation maintenue dans l'attente de leur transmission.
22	Réaliser la désinfection des éléments de robinetterie et mettre en place une procédure pour assurer cette désinfection régulièrement	Risques environnementaux - Légionelles Rq. 23 : Les mesures préventives relatives à la désinfection des éléments de robinetterie (mousseurs et pommeaux de douche) ne sont pas réalisées régulièrement.	Légionelles Les mesures préventives relatives à la désinfection de robinetterie sont réalisés tous les ans. L'agent technique de l'EHPAD procède à la désinfection au vinaigre blanc de tous les mousseurs et pommeaux de douche deux fois par an (en 2023 en avril et en décembre). Les désinfections n'avaient pas été enregistrées dans le carnet sanitaire ; nous allons le compléter. Fin 2023, à la suite d'une alerte légionnelle sur le réseau d'eau froide (chambre 20), nous avons remplacé tous les mousseurs par des brise jet (tous les robinets de l'EHPAD, y compris ceux des postes de soin, vestiaires, etc...). Vous trouverez ci-joint la facture attestant de l'achat des brise-jets. Par ailleurs, l'agent technique de l'EHPAD procède actuellement au remplacement de l'ensemble des pommeaux de douche.	Recommandation maintenue dans l'attente du carnet sanitaire mis à jour
23	Nouvelle recommandation (cf. injonction N°1)	2.1.4.2 et 2.1.4.4 Gestion des ressources humaines Ecart 6 : 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	Apporter des précisions sur la notion de soins complexes sur les fiches de postes des AS et des ASO	Nouvelle recommandation