

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

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

Affaire suivie par : Dalhia ELENGA

Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris
Ajointe 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 02 JUIL. 2024

Lettre recommandée avec AR
N°

Madame,

En février 2022, la ministre déléguée auprès du Ministre des Solidarités et de la Santé, chargée de l'Autonomie, a engagé la mise en œuvre d'un programme pluriannuel de contrôle des EHPAD sur l'ensemble du territoire national. Sa poursuite jusqu'en 2024 fait l'objet d'une « orientation nationale d'inspection- contrôle » validée par le Conseil national de pilotage des ARS. Il s'inscrit dans les engagements de la Ville de Paris de renforcer les contrôles des EHPAD parisiens.

Dans ce cadre, une inspection menée conjointement par l'Agence régionale de santé Ile-de-France (ARS IDF) et la Ville de Paris a eu lieu à compter du 4 octobre 2023 au sein de l'EHPAD « Annie GIRARDOT », situé au 6-12 rue Annie Girardot, 75013 Paris, N° Finess 750047672, géré par le Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris (CASVP), N° Finess 750750583 dont le siège est situé au 5 Boulevard Diderot, 75012 Paris.

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

Au total 19 (dix-neuf) écarts et 19 (dix-neuf) remarques ont été formulés, parmi lesquels on note les principaux points suivants :

Gouvernance :

- Recruter un médecin coordinateur et mettre en place une commission gériatrique

Gestion des risques et de la qualité :

- Mettre en place tous les outils de la loi 2002-2 : le livret d'accueil, la charte des droits et libertés de la personne accueillie, le contrat de séjour, la personne qualifiée et de confiance, le règlement de fonctionnement de l'établissement
- Renforcer et appliquer rigoureusement les procédures des déclarations des EIG
- Optimiser les outils de la démarche qualité

Prise en charge et soins :

Promouvoir et assurer les démarches de prévention et d'évaluation multidimensionnelle

Gestion des Ressources Humaines :

- Etablir une répartition fonctionnelle claire des tâches entre les personnels soignants, en particulier les AS et les IDE
- Promouvoir et assurer le parcours professionnel de tous les agents

Au regard de l'ensemble des constats réalisés par la mission, nous envisageons de vous notifier 1 (une) injonction, 12 (douze) prescriptions et 7 (sept) recommandations figurant en annexe du présent courrier et portant sur les points précités.

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 remercions de bien vouloir adresser la copie de vos éléments de réponse à 

Veuillez transmettre les documents contenant des données médicales nominatives sur bluefiles uniquement à partir de la page de dépôt suivante : <https://bluefiles.orange-business.com/arsidf/depot-anne-simondon>

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

Par la suite, en cas de maintien d'une ou plusieurs injonctions au terme de la présente procédure contradictoire, nous vous rappelons que le constat de l'absence de mise en œuvre de chacune des mesures correctives dans les délais fixés et de persistance des risques ou manquements mis en cause, peut donner lieu, en application des dispositions des articles L. 313-14 et 16 ainsi que R313-25-1 à 3 du CASF à une astreinte journalière, à l'interdiction de gérer toute nouvelle autorisation prévue par le CASF, à l'application d'une sanction financière, à la mise sous administration provisoire ou à la suspension ou la cessation, totale ou partielle, de l'activité de l'établissement.

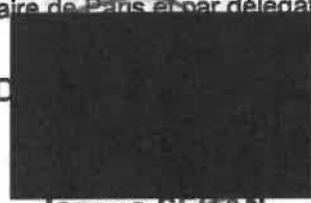
Nous vous prions d'agréer, Madame, l'expression de notre considération distinguée.

Pour le Directeur général de l'Agence régionale
de santé d'Île-de-France et par délégation,

Le Directeur de la Délégation départementale de Paris



Pour la Maire de Paris et par délégation,

La D  és

Jeanne SEBAN

Copie à :


Directeur
EHPAD Annie Girardot
8-12 rue Annie Girardot
75013 Paris

Annexe : Mesures envisagées dans le cadre de l'inspection réalisée au sein de l'EHPAD « Annie GIRARDOT » à partir du 4 octobre 2023

Injonctions envisagées		Texte de référence	Ref. rapport	Délai de mise en œuvre
1	Réaliser toutes les démarches aux fins d'assurer le recrutement d'un médecin coordonnateur pour conduire la prise en charge des soins des résidents et animer la commission gériatrique.	Art D.312-158 du CASF D.312-158, 3° du CASF	E1 : L'établissement ne dispose pas de médecin coordonnateur conformément à l'article D.312-158 du CASF E14 : Il n'existe pas au sein de la structure une commission de coordination gériatrique conformément à l'article D.31-158, 3° du CASF E17 : En l'absence du médecin coordonnateur, l'encadrement médical de l'établissement est assuré par 2 médecins contractuels. Ce qui n'est pas conformes aux articles D. 312-155-0, II CASF (équipe pluridisciplinaire) D. 312-156 CASF (missions du Medco).	1 mois
Prescriptions envisagées		Texte de référence	Ref. rapport	Délai de mise en œuvre
1	Rédiger un plan bleu comportant et respectant toutes les parties obligatoires	Art L.311.3 et de D.312-160 du CASF	E2 : L'établissement ne dispose pas d'un plan bleu conformément aux articles L.	6 mois

Prescriptions envisagées			Texte de référence	Réf. rapport	Délai de mise en œuvre
				311.3 du CASF et de D.312.160 du CASF	
2	Préciser la composition du CVS, son règlement de fonctionnement et s'assurer du respect de ce règlement		Art. D.311-16 et D.311-17 du CASF	E3 : Le délai de convocation au CVS n'est pas toujours respecté et les procès-verbaux ne précisent pas si le quorum est atteint, ce qui contrevient aux articles D.311-16 et D.311-17 du CASF	3 mois
3	Renforcer et assurer le bon fonctionnement de tous les outils de la loi de 2002-2 du 2 janvier 2002 : le livret d'accueil, la charte des droits et liberté de la personne accueillie, le contrat de séjour, la personne qualifiée et de confiance, le règlement de fonctionnement de l'établissement et les outils permettant aux résidents d'exprimer leur ressenti ou leur réclamation.		Loi 2002-2 du janvier 2002 Art. L.311-3 à L.311-12 du CASF D.311-15 et 21 du CASF	E5 : L'établissement n'a pas présenté à la mission d'inspection les résultats des enquêtes de satisfaction réalisées ces deux dernières années conformément à l'article D.311-15-III et 21 et du CASF E6 : Il n'a pas été mis à la disposition des usagers un registre de réclamations conformément à l'article L.311-6 du CASF R13 : Le formulaire de désignation de la personne de confiance et des directives anticipées ne sont pas facilement accessibles.	6 mois

Prescriptions envisagées			Texte de référence	Réf. rapport	Délai de mise en œuvre
4	Mettre en place un plan d'amélioration de la qualité de la prise en charge et actualiser les outils de suivi qualitatif		Art. L.311-6, L.331-8-1 du CASF Art. D.311-21 CASF R.331-8 du CASF	E5 : L'établissement n'a pas présenté à la mission d'inspection les résultats des enquêtes de satisfaction réalisées ces deux dernières années conformément à l'article D.311-15 et 21 et du CASF	6 mois
				E6 : Il n'a pas été mis à la disposition des usagers un registre de réclamations conformément à l'article L.311-6 du CASF	
				R2 : Le plan d'amélioration continue de la qualité et les actions menées sont peu, voire pas lisibles dans leur contenu, leur déroulé et leur effectivité. Aucune démarche d'actualisation des actions à mettre en place n'est prévue par l'établissement R3 : L'établissement n'a pas transmis les comptes rendus des COPIL du PACQ sur les années 2022 et 2023	

Prescriptions envisagées			Texte de référence	Ref. rapport	Délai de mise en œuvre
5	Amender les procédures de gestion des événements indésirables graves (EIG) aux fins de les clarifier et les rendre plus opérationnelles		Art. L.331-8-1 et R.331-8 du CASF 434-3 du Code pénal et l'arrêté du 28/12/2016 relatif à l'obligation de signalement des ESMS	R4 : La démarche d'amélioration de la qualité de l'établissement nécessite une clarification afin d'en saisir les enjeux, la mise en œuvre et les résultats	3 mois
				E7 : L'établissement n'applique pas de façon rigoureuse la procédure de déclaration des EIG et certains événements ne sont pas signalés aux autorités administratives compétentes, voire aux autorités judiciaires conformément aux articles 434-3 du Code pénal, L.331-8-1 et R.331-8 du CASF, et l'arrêté du 28/12/2016 relatif à l'obligation de signalement des ESMS R5 : Les procédures de déclaration des EIG ne sont pas réactualisées de façon régulière afin de présenter des informations à jour et ne sont pas complètes, notamment en n'indiquant pas la liste des EIG	

Prescriptions envisagées		Texte de référence	Réf. rapport	Délai de mise en œuvre
6	Fournir à la mission les éléments permettant le suivi des résidents sur : l'évaluation du risque de chutes, des escarres, de troubles de la déglutition, de la douleur et du suivi nutritionnel ...	Art. L 311-3 al. 1 et 3 CASF	R6 : Les étapes de la procédure de déclaration des EIG ne favorisent pas une déclaration sans délai aux autorités administratives compétentes R7 : Le logigramme proposé pour le traitement des EIG ne suit pas un déroulement logique et n'est pas suffisamment fonctionnel pour permettre une application concrète de la procédure E 13 : Les modalités d'évaluation des chutes, escarres, déglutition, douleur (Norton, Braden) ne sont pas expressément décrites dans la procédure d'admission. Ce qui contrevient aux articles D312-158 2° et D312-155-3 2° du CASF. R16 : L'insuffisance de données concernant le suivi de l'état nutritionnel des résidents ne permet pas de	

Prescriptions envisagées			Texte de référence	Réf. rapport	Délai de mise en œuvre
				garantir la qualité de la prise en charge des résidents R18 : L'insuffisance de données concernant le suivi des résidents ne permet pas de garantir la qualité de la prise en charge multidimensionnelle des résidents	
7	Renforcer la formation du personnel sur la prévention de la maltraitance et la promotion de bientraitance ainsi que sur la prise en charge de la douleur, plaies et cicatrisation		Art. L.119-1 & L.311-3 du CASF	E4 : Le plan de formation ne mentionne pas les différentes formations liées au repérage et à la sensibilisation de la maltraitance conformément aux articles L.119-1 & L.311-3 du CASF E19 : Les formations relatives à la prise en charge de la douleur et aux plaies et cicatrisations sont suivies par une partie seulement des effectifs présents R10 : La formation Bientraitance ne fait pas partie du parcours obligatoire des IDE et des AS	6 mois

Prescriptions envisagées			Texte de référence	Réf. rapport	Délai de mise en œuvre
8	Mettre en conformité la gestion des DASRI par des protocoles de prise charge spécifique et maîtrisées par les agents		Art. R1335-1 et 2 du CSP	E12 : La gestion des DASRI contrevient aux articles R1335-1 et 2 du CSP E8 : L'absence de fiches de tâches heurées ne permet pas de garantir que les tâches sont accomplies par des personnes qualifiées, conformément à l'article D.312-155-0 du CASF, ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.	6 mois
9	Revoir les fiches heurées aux fins d'identifier clairement les tâches affectées aux IDE, AS, AES et ASO		Art. L.311-3, D.312-155-0, L.451-1 du CASF et L.4391-1 du CSP.	E11 : L'absence de différenciation des tâches des aides-soignants et des ASO au chevet fait courir le risque de glissement de tâches, ce qui contrevient aux articles D.312-155-0, L.451-1 du CASF et à l'article L.4391-1 du CSP	3 mois
10	Formaliser les procédures favorisant le maintien d'un effectif de soignants suffisant dans la programmation des plannings et sur les temps de congés et d'absence inopinée afin de garantir la qualité et la sécurité des soins aux résidents		L.311-3 du CASF R.4311-5 du CSP	E 9 : L'effectif des aides-soignants prenant en charge la nuit les résidents pendant les périodes de congés ne permet pas de garantir la qualité d'une prise en charge individualisée, ce qui	3 mois

Prescriptions envisagées			Réf. rapport	Délai de mise en œuvre
11	Rédiger les procédures d'intervention des médecins traitants libéraux et fournir les contrats des médecins contractuels de l'EHPAD	Art. L314-12 du CASF D. 344-5-15 du CASF R 313-30-1 du CASF	contrevient à l'article L.311-3 du CASF	
			E 10: L'absence d'IDE l'après-midi ou la présence d'un seul IDE le matin ne permet pas de garantir que les tâches décrites à l'article R.4311-5 du CSP sont exclusivement exercées par les infirmiers, et expose à un glissement de tâches sur des professionnels non qualifiés. R9 : L'établissement n'a pas formalisé de procédure en cas d'absence inopinée du personnel E15 : L'intervention des médecins traitants n'est pas clairement spécifiée et encadrée, conformément aux articles L314-12 du CSP (rôle médecins libéraux dans un EHPAD) E16 : L'établissement n'a pas fourni les contrats des médecins intervenant dans l'établissement conformément à l'article R.313-30-1 du CASF	3 mois

Prescriptions envisagées		Texte de référence	Réf. rapport	Délai de mise en œuvre
12	Fournir le contrat de travail de la cadre de santé	Art. D.344-5-15 du CASF	E18 : L'établissement n'a pas fourni à la mission d'inspection le contrat de travail de la cadre de santé en sa qualité de contractuel en CDI conformément aux dispositions de l'article D.344-5-15 du CASF	1 mois

Suite des mesures envisagées dans le cadre de l'inspection réalisée au sein de l'EHPAD « Annie GIRARDOT » à partir 4 octobre 2023

	Recommandations envisagées	Texte de référence	Réf. rapport
1	L'établissement présentera son nouveau projet d'établissement dès sa finalisation		R1 : L'établissement fournira à la mission d'inspection le nouveau projet d'établissement dès sa finalisation
2	Etablir une fiche de poste pour le psychomotricien		R17 : L'arrivée d'un nouveau psychomotricien dans l'établissement est très récente et les missions de celui-ci n'ont pas pu être clarifiées lors de la visite
3	Actualiser les plans des tables et dater les documents concernant les régimes alimentaires des résidents		R15 : Les plans de table du rez-de-chaussée et du rez-de-jardin, indiquant les textures et /ou régimes particuliers des résidents, à destination des professionnels de service, sont non datés ou non mis à jour.
4	Alerter les médecins traitants intervenant dans l'établissement sur les risques iatrogènes polymédication.		R19 : L'analyse des dossiers médicaux fait apparaître une prescription médicale comportant une poly médication de 16 médicaments d'administration orale (gel, cp ou ampoule), dont certains nécessitent plusieurs prises dans la journée.

Recommandations envisagées		Texte de référence	Réf. rapport
5	Favoriser l'évolution des parcours professionnels des ASO		R11 : Les ASO ont un parcours de formation moins suivi que le reste du personnel.
6	Etablir une procédure et un livret d'accueil des nouveaux arrivants		R8 : L'établissement n'a pas élaboré son propre livret d'accueil à destination des salariés. R14 : l'absence de mise en œuvre d'une procédure d'accueil d'un nouveau salarié ne favorise pas une prise de poste efficace et est susceptible d'affecter la qualité de la prise en charge des résidents.
7	Promouvoir et instaurer l'analyse des pratiques professionnelles selon les recommandations de la HAS	Recommandations de la HAS, ("La Commission de coordination gériatrique", 2018)	R 12: Il n'existe pas de documents et de calendriers qui montrent les échanges sur les pratiques professionnelles selon les recommandations de la HAS, ("La Commission de coordination gériatrique", 2018)

