

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

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

Ville de Paris
Direction des solidarités
Sous-direction de l'autonomie
Affaire suivie par Frédéric Musso

Agence Régionale de Santé
Délégation départementale de Paris
Affaire suivie par : Conrad Lajusticia

Président
Groupe DOMIDEP
18 rue du Creuzat
38802 L'Isle-d'Abeau

Saint-Denis, le **30 OCT. 2024**

Lettre recommandée avec AR
N° 1A 184 265 8315 3

Monsieur le Président,

Comme annoncé dans le courriel du 8 décembre 2023, un contrôle sur pièces de l'EHPAD « Les Parentèles » 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.

Au total 18 écarts et 22 remarques ont été formulés, parmi lesquels on note les principaux points suivants :

Gouvernance :

- L'établissement ne dispose pas de médecin coordonnateur.
- 5 places d'hébergement temporaire sont utilisées pour de l'hébergement permanent, ce qui contrevient au dernier arrêté d'autorisation de l'établissement
- La procédure de gestion des événements indésirables (EI) ne donne pas de définition des EIG (événements indésirables graves) à déclarer. Elle ne rappelle pas non plus l'obligation pour tout témoin de signaler un EI ou un EIG et ne précise pas que le professionnel signalant ne sera pas sanctionné tant qu'il n'a pas manqué délibérément aux règles de sécurité ou aux bonnes pratiques professionnelles.
- Le plan bleu transmis par l'établissement ne comporte pas de procédure :
 - en cas de rupture de l'alimentation en eau potable;
 - pour la gestion des décès massifs
 - pour la mise en place du retour d'expérience (RETEX) et de mise à jour du plan bleu

- La politique de bientraitance et de lutte contre la maltraitance de l'établissement est insuffisamment formalisée.
- La procédure de signalement des EI et 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
- La mission ne peut vérifier si les analyses des actions correctives à mettre en place après les enquêtes de satisfaction ou les plaintes sont faites systématiquement et enrichissent le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)
- La mission de contrôle constate que la culture de gestion des EI/EIG est insuffisamment développée au sein de l'établissement.

Fonction supports :

- La présence d'un seul infirmier diplômé d'Etat (IDE) en CDI sur 4 prévus et le recours massifs à du personnel IDE en ODD ne permet pas d'assurer une prise en charge de qualité du résident
- En l'absence de transmission de plannings, la mission ne peut s'assurer d'une présence en nombre suffisant du personnel auprès des résidents pour garantir une prise en charge de qualité.
- Les salariés sont insuffisamment formés à la prise en charge de la personne âgée.

Prise en charge :

- Le rapport d'activités médicales (RAMA) 2023 indique qu'aucun résident admis dans l'établissement n'a donné son consentement à son admission
- Les résidents ne bénéficient pas tous : au moins une évaluation douleur annuelle
- L'établissement n'a pas fourni les données de pesées des résidents demandée, ainsi la mission de contrôle n'a pas la garantie que chaque résident soit pesé une fois par mois.
- Le document « conduite à tenir face à une douleur » n'indique pas que chaque résident doit bénéficier d'au moins une évaluation douleur par an.

Au regard de l'ensemble des constats réalisés par la mission, nous envisageons de vous notifier **deux injonctions, dix-huit prescriptions et dix 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 [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.

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, Monsieur le Président, l'expression de notre considération distinguée.

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



Pour la Maire de Paris et par délégation,



Copie à :


Directrice
EHPAD « Parentèles de la rue Blanche »
49 rue Blanche
75009 Paris

Annexe : Mesures envisagées dans le cadre du contrôle sur pièces de l'EHPAD « Les Parentèles » à compter du 8 décembre 2023

Injonction :

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
Inj 1 2.1-Fonctions support-Gestion des RH	S'assurer d'une prise en charge de qualité en garantissant la présence d'IDE fixes auprès des résidents. (1) Dans la perspective du recrutement des IDE nécessaires au maintien de la qualité des soins, transmettre les preuves de publication d'annonce de recrutement (journaux, Pôle emploi internet...). (2)	Article L.311-3 1° CASF	Ecart 10 : La présence d'un seul IDE en CDI sur ■ prévus et le recours massifs à du personnel IDE en CDD ne permet pas d'assurer une prise en charge de qualité du résident.	9 mois (1) 1 mois (2)
Inj 2 2.1-Fonctions support-Gestion des RH	Transmettre les plannings réalisés de décembre 2023 à août 2024.	Article L311-3, 1° et 3° du CASF	Ecart 11 : En l'absence de transmission de plannings, la mission ne peut s'assurer d'une présence en nombre suffisant du personnel auprès des résidents pour garantir une prise en charge de qualité.	Immédiat

Prescription :

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
Presc 1 1.2- Gouvernance-Management et Stratégie	Veiller à l'utilisation des places d'hébergement temporaire pour ce dispositif au fur et à mesure	Arrêté n°2017-350 du 29 octobre 2017 portant modification de capacité	Ecart 1 : 5 places d'hébergement temporaire sont utilisées pour de l'hébergement permanent, ce qui	1 an

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Ref Rapport	Délai de mise en œuvre	
Presc 2	1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	que les places d'hébergement permanent se libèrent pour les résidents. Veiller à augmenter le taux d'occupation pour cette activité conformément aux objectifs CPOM. Actualiser le projet d'établissement en s'assurant de sa présentation au CVS et aux instance représentatives du personnel. Le transmettre à la mission.	de l'EHPAD « Les Parentèles » de la rue Blanche » situé au 49 rue blanche 75009 Paris Article L311-8 du CASF	contrevient au dernier arrêté d'autorisation de l'établissement Ecart 2 : Le projet d'établissement transmis couvre les années 2016-2021, il doit donc être actualisé. Remarque 2 : Le projet d'établissement ne porte pas de mention de présentation au CVS, ni aux instances représentatives du personnel.	6 mois
Presc 3	1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	Mettre à jour le plan bleu en incluant : -Le DARDE -La procédure en cas de rupture de l'alimentation en eau potable -La procédure de gestion des décès massifs -La mise en place du retour d'expérience (RETEX) et de mise à jour du plan bleu Le transmettre à la mission.	Circulaire DGAS n° 2009-170 du 18 juin 2009 relative à la sécurité des personnes hébergées dans des établissements médicaux sociaux en cas de défaillance d'énergie	Ecart 3 : L'audit interne de 2023 note l'absence de DARDE. Remarque 3 : le plan bleu transmis par l'établissement ne comporte pas de procédure : • En cas de rupture de l'alimentation en eau potable • De gestion des décès massifs • De mise en place du retour d'expérience (RETEX) et de mise à jour du plan bleu	6 mois

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Ref Rapport	Délai de mise en œuvre
Presc 4 1.2-Gouvernance- Management et Stratégie	Garantir un temps de présence de médecin coordonnateur conforme à la réglementation.	Article D312-156 du CASF	Ecart 4 : L'établissement ne dispose pas de médecin coordonnateur	6 mois
Presc 5 1.3-Gouvernance- Animation et fonctionnement des instances	S'assurer que le CVS se réunisse au moins trois fois par an conformément à la réglementation en vigueur.	Article D311-16 du CASF	Ecart 5 : Le CVS ne s'est réuni que 2 fois en 2022.	6 mois
Presc 6 1.3-Gouvernance- Animation et fonctionnement des instances	Mettre en conformité la composition du CVS avec les textes en vigueur en incluant : -Un représentant de l'équipe médico-soignante -Un représentant du gestionnaire -Le médecin coordonnateur	Article D311-5 du CASF	Ecart 6 : La composition du CVS n'est pas conforme et il manque les membres suivants : -Représentant de l'équipe médico-soignante -Représentant du gestionnaire -Médecin coordonnateur	3 mois
Presc 7 1.3-Gouvernance- Animation et fonctionnement des instances	Assurer une présentation des EI, EIG, dysfonctionnements et actions correctrices mises en œuvre dans l'établissement au CVS.	Article R331-10 du CASF	Ecart 7 : L'établissement ne présente pas de bilan des EI/EIG au Conseil de la vie sociale ce qui contrevient à l'article R331-10 du CASF.	3 mois
Presc 8 1.4-Gouvernance- Gestion de la qualité	Transmettre le PACQ.		Remarque 6 : Aucun PACQ n'a été transmis. Remarque 11 : La mission ne peut vérifier si les analyses des actions correctives à mettre en place après les enquêtes de satisfaction ou les plaintes sont faites systématiquement et enrichissent	Immédiat

Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Ref Rapport	Délai de mise en œuvre
Presc 9 1.4-Gouvernance- Gestion de la qualité	Transmettre aux autorités de tarification et de contrôle la dernière évaluation externe de l'établissement.	Article L312-8 du CASF	le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) Ecart 8 : L'établissement n'a pas transmis de rapport d'évaluation externe ce qui contrevient à l'article L312-8 du CASF.	1 mois
Presc 10 1.5-Gouvernance- Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Revoir la procédure de déclaration des EI/EIG en : -Incluant une définition des EIG à déclarer conformément à la réglementation -Rappelant la protection du salarié déclarant des événements indésirables -Prévoyant une procédure spécifique aux plaintes -Incluant le Procureur de la République comme autorité à prévenir le cas échéant	Article L331-8-1 du CASF, article L313-24 du CASF et l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales	Ecart 9 : La procédure de gestion des événements indésirables ne donne pas de définition des EIG à déclarer. Elle ne rappelle pas non plus l'obligation pour tout témoin d'a signaler un EI ou un EIG et ne précise pas que le professionnel signalant ne sera pas sanctionné tant qu'il n'a pas manqué délibérément aux règles de sécurité ou aux bonnes pratiques professionnelles. Remarque 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	6 mois

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
			Remarque 12 : La procédure de gestion des événements indésirables comprend aussi les plaintes. Remarque 13 : La mission de contrôle constate que la culture de gestion des EI/EIG est insuffisamment développée au sein de l'établissement.	
Presc 11	Inscrire au plan de développement des compétences plus de formations sur la prise en charge de la personne âgée (chute, nutrition, escarre, ...). Transmettre le plan de développement des compétences réalisé de 2024 et le prévisionnel de 2025.		Remarque 14 : Les salariés sont insuffisamment formés à la prise en charge de la personne âgée. Remarque 15 : Les plans de développement des compétences ne permettent pas à la mission de déterminer quelles formations ont réellement été suivies.	3 mois
Presc 12	Transmettre les fiches de tâches des personnels AS de jour ainsi que les fiches de tâches actuelles des IDE et de l'AS référente.	Article L311-3, 1° du CASF	Ecart 12 : Les fiches de tâches des AS de jour n'ont pas été transmises. La mission ne peut s'assurer d'une prise en charge de qualité du résident. Remarque 17 : Les fiches de tâche transmises pour les IDE et l'AS référente ne permettent pas de déterminer avec certitude les horaires de ces personnels	Immédiat

Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
Presc 13 3.1-Prise en charge-Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	S'assurer de la tenue d'une évaluation gériatrique à l'admission d'un nouveau résident et faire apparaître les évaluations médicales réalisées dans la procédure d'admission ainsi que le RAMA.	Article D312-158, 2° et 6° du CASF	Ecart 13 : La procédure d'admission et le RAMA ne donnent aucune indication concernant les évaluations médicales [redacted] réalisées lors de l'admission.	1 mois
Presc 14 3.1-Prise en charge-Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Réunir la commission de coordination gériatrique au moins une fois par an, conformément à la réglementation en vigueur. Transmettre le compte rendu de l'édiction 2024.	Article D312-158 du CASF	Ecart 14 : L'établissement n'a pas fourni de compte-rendu de la commission gériatrique pour l'année 2023 et la mission ne peut donc garantir que celle-ci s'est tenue.	6 mois
Presc 15 3.2-Prise en charge-Respect des droits et des personnes	Tracer le consentement des résidents, ou à défaut de leur famille/représentant légal, dans le RAMA.	Article L311-3, 1° du CASF	Ecart 15 : Le RAMA 2023 indique qu'aucun résident admis dans l'établissement n'a donné son consentement, ce qui contrevient à l'article L311-3, 1° du CASF.	3 mois
Presc 16 3.8-Prise en charge-Soins	Mettre à jour la procédure de délégation d'administration de médicament en : -Différenciant clairement la notion d'administration de médicaments et d'aide à la prise -Complétant la procédure pour indiquer que les actes délégués restent de la responsabilité de l'IDE	Article R4311-7 du CSP	Ecart 16 : La procédure de délégation d'administration ne différencie pas l'administration des médicaments et les actes d'aide à la prise ce qui contrevient aux dispositions de l'article R4311-7 du CSP. Remarque 19 : La procédure de délégation ne précise pas que les	1 mois

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Ref Rapport	Délai de mise en œuvre
Presc 17 3.8-Prise en charge- Soins	Procéder à une évaluation systématique de la douleur chez le résident au moins une fois par an et l'inscrire dans la procédure de l'établissement. Tracer les résultats de l'évaluation dans le dossier du résident	Articles L1110-5, L1112-4 et R4311-2 5° du CSP.	actes délégués restent de la responsabilité de l'IDE. Ecart 17 : Les résidents ne bénéficient pas tous d'au moins une évaluation douleur annuelle, ce qui contrevient aux dispositions des articles L1110-5, L1112-4 et R4311-2 5° du CSP. Remarque 20 : Le document « conduite à tenir face à une douleur » n'indique pas que chaque résident doit bénéficier d'au moins une évaluation douleur par an.	3 mois
Presc 18 3.8-Prise en charge- Soins	Transmettre le document Excel renseignant les pesées et l'IMC des résidents sur les 12 derniers mois (Relevé annuel exhaustif des pesées et des IMC pour chaque résident présent dans la structure au moment du contrôle).	Article L311-3, 1° du CASF.	Ecart 18 : L'établissement n'a pas fourni les données de pesées des résidents demandée, ainsi la mission de contrôle n'a pas la garantie que chaque résident soit pesé une fois par mois.	Immédiat

Recommandation :

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Ref Rapport
Reco 1 1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	Compléter le règlement de fonctionnement afin d'y intégrer l'accueil des nouveaux professionnels ainsi que l'évaluation des pratiques professionnelles.		Remarque 1 : L'accueil des nouveaux professionnels et l'évaluation des pratiques professionnelles n'est pas

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Ref Rapport
Reco 2	1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	Garantir l'organisation d'une astreinte administrative en soirée et tous les week-ends.	traités dans le règlement de fonctionnement
Reco 3	1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	S'assurer que l'IDEC ait reçu une formation de cadre de santé.	Remarque 4 : D'après les plannings fournis, personne n'assurait les astreintes administratives durant les week-end de septembre 2023. Remarque 5 : Le diplôme de cadre de santé de l'IDEC n'a pas été transmis.
Reco 4	1.4-Gouvernance- Gestion de la qualité	Formaliser une politique de la bientraitance et lutte contre la maltraitance dans le nouveau projet d'établissement en l'assortissant d'objectifs et d'indicateurs de suivi notamment en termes de formation.	Remarque 7 : La politique de bientraitance et de lutte contre la maltraitance de l'établissement est insuffisamment formalisée.
Reco 5	1.4-Gouvernance- Gestion de la qualité	Mettre en place des enquêtes de satisfaction auprès des résidents.	Remarque 9 : Aucune enquête de satisfaction faite auprès des résidents n'a été fournie.
Reco 6	1.5-Gouvernance- Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Assurer un meilleur suivi des plaintes et des réponses apportées.	Remarque 10 : Les actions correctives et le temps de réponse aux plaintes n'est pas systématiquement renseigné.
Reco 7	2.1-Fonctions support-Gestion des RH	Formaliser un livret d'accueil destiné aux nouveaux personnels de l'établissement.	Remarque 16 : Le livret d'accueil transmis est indiqué comme étant un « projet » et ne s'apparente pas à un véritable document d'accueil pour les nouveaux personnels.



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



Agence Régionale de Santé
Île-de-France



VILLE DE

PARIS

Reco	Thèmes et Sous- Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Ref Rap
Reco 8	3.1-Prise en charge- Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Faire figurer dans le RAMA les éléments relatifs au nombre de PAP réalisés dans l'établissement.		Remarque 18 : Le RAMA ne comporte aucune mention quant au nombre de PAP réalisés.
Reco 9	3.8-Prise en charge- Soins	Procéder à une analyse sur le nombre d'escaliers apparus en 2023 dans le RAMA.		Remarque 21 : Le RAMA fourni par l'établissement indique [redacted] escalier chez les résidents en 2022 et [redacted] en 2023.
Reco 10	3.8-Prise en charge- Soins	Mettre en place une commission menu dans l'établissement.		Remarque 22 : Il n'y a pas de commission menu en place dans l'établissement depuis 2021.

