

**Délégation départementale de Paris
Agence Régionale de Santé d'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
[redacted]

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

[redacted]
**Association Marie-Thérèse
277 boulevard Raspail
75014 Paris**

Saint-Denis, le **18 NOV. 2024**

Lettre recommandée avec AR
N°

Monsieur,

Comme annoncé dans le courriel du 8 décembre 2023, un contrôle sur pièces de l'EHPAD « Marie-Thérèse » 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 23 écarts et 29 remarques ont été formulés, parmi lesquels on note les principaux points suivants :

Gouvernance :

- L'inscription à l'Ordre National Infirmier de l'IDEC n'a pas été transmise,
- Tous les EIG et solutions correctives mises en place n'ont pas été présentés au CVS,
- Les dysfonctionnements graves et événements indésirables graves ne sont pas caractérisés clairement dans la procédure de l'établissement ce qui peut empêcher l'identification de ces différentes situations, leur déclaration ainsi que la mise en place de leur traitement,
- L'établissement ne signale pas tous les événements indésirables et les dysfonctionnements graves aux autorités compétentes.

Fonctions support :

- Les effectifs totaux de l'établissement ne sont pas conformes aux objectifs fixés dans le CPOM, l'équipe de l'établissement n'est pas stabilisée et le recours à de nombreux CDD en fragilise la cohésion,
- Le taux d'encadrement en IDE est trop faible par rapport aux critères contractualisés dans le CPOM et ■■■■ DE sont à recruter pour ■■ postes existants,
- La nature des toilettes n'est pas précisé dans les fiches de tâches hebdomadaires, ce qui suppose des glissements de tâches,
- L'établissement ne propose pas de formation à la bientraitance et au repérage de la maltraitance.

Prise en charge :

- La mission ne peut établir la tenue d'une évaluation gériatrique du résident au moment de l'admission,
- La procédure transmise ne mentionne pas les modalités de participation du résident à son projet d'accompagnement personnalisé,
- ■■■■ des résidents disposaient d'un projet d'accompagnement personnalisé valide au jour du contrôle,
- L'établissement n'a pas transmis d'élément permettant à la mission de vérifier qu'au moins une évaluation annuelle de la douleur est faite pour les résidents de l'EHPAD,
- La procédure d'admission ne mentionne pas la participation du médecin coordonnateur à l'admission et ne précise pas si un entretien médical préalable à l'entrée est organisé,
- La mission constate le nombre important de résidents suivis par le médecin coordonnateur ■■■■, alors que ce n'est pas sa mission première et que tous les résidents ne disposent pas d'un médecin traitant.

Au regard de l'ensemble des constats réalisés par la mission, nous envisageons de vous notifier 2 **injonctions**, 17 **prescriptions** et 11 **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 ■■■■ et ■■■■

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, 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 :

Directeur
EHPAD « Marie-Thérèse »
277 boulevard Raspail
75014 Paris

Annexe : Mesures envisagées dans le cadre du contrôle sur pièces de l'EHPAD « Marie-Thérèse » à partir du 15 décembre 2023
Injonctions :

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Ref Rapport	Délai de mise en œuvre
Inj 1 1.5-Gouvernance- Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Revoir la culture d'identification et de déclaration des EI et EIG dans l'établissement en : -Déclarant les EIG à l'ARS et la Ville de Paris, -Révisant la procédure EI/EIG pour y inclure la définition des dysfonctionnements graves et des EIG afin d'assurer leur bonne identification et déclaration.	Articles L331-8-1, R331-8 et R331-9 CASF	Ecart 10 : L'établissement n'a pas appliqué la procédure de déclaration des EIG, notamment la déclaration à l'ARS et la Ville de Paris. Référence : Article L331-8-1 du CASF et arrêté du 28/12/2016 Ecart 11 : Les dysfonctionnements graves et événements indésirables ne sont pas caractérisés clairement dans la procédure de l'établissement ce qui peut empêcher l'identification de ces différentes situations, leur déclaration ainsi que la mise en place de leur traitement ce qui contrevient aux articles L.331-8-1, R 331-8 et R331-9 du CASF. Ecart 12 : L'établissement ne signale pas tous les événements indésirables et les dysfonctionnements graves aux autorités compétentes ce qui contrevient aux articles L331-8-1, R331-8 et R331-9 CASF.	3 mois
Inj 2 3.8-Prise en charge-Soins	Mettre en place au moins une évaluation douleur annuelle pour tous les résidents de l'établissement.	Articles L1110-5 et L1112-4 du CSP	Ecart 23 : L'établissement n'a pas transmis d'élément permettant à la mission de vérifier qu'au moins une évaluation annuelle de la douleur est faite pour les résidents de l'EHPAD. Référence : Articles L1110-5 et L1112-4 du CSP.	1 mois

Prescriptions :

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	Compléter le règlement de fonctionnement en : - Le datant et en le faisant valider par le CVS de l'établissement, - y incluant : les modalités d'association des familles, les modalités de rétablissement des prestations dispensées lorsqu'elles ont été interrompues, les sanctions des faits de violence sur autrui.	Article L311-17 du CASF Articles R311-35, R311-36 et R311-37 du CASF	Ecart 1 : La mission ne peut s'assurer que le règlement de fonctionnement de l'établissement soit valide et que le CVS ait été consulté avant promulgation ce qui contrevient à l'article L311-7 du CASF. Ecart 2 : Le contenu du règlement de fonctionnement n'est pas conforme aux articles R311-35, R311-36 et R311-37 du CASF.	3 mois
Presc 2 1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	Transmettre l'intégralité des documents composant le plan bleu de l'établissement.	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).	Ecart 3 : L'établissement n'a pas transmis les procédures d'actions en cas de réalisation d'un risque ce qui contrevient 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).	Immédiat

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Ref Rapport	Délai de mise en œuvre
Presc 3 1.2-Gouvernance- Management et Stratégie	Transmettre l'inscription à l'Ordre National Infirmier de l'IDEC.	Article L.4312-1 du CSP	Ecart 4 : L'inscription à l'Ordre National Infirmier de l'IDEC n'a pas été transmise ce qui contrevient à l'article L.4312-1 du CSP.	Immédiat
Presc 4 1.2-Gouvernance- Management et Stratégie	Transmettre le résultat des dernières élections du CVS ainsi que sa composition.	Article L311-5 du CASF	Ecart 5 : Il n'a pas été possible de déterminer la date de la dernière élection et la composition du CVS décrite dans le règlement intérieur est non conforme à l'article 311-5 du CASF.	1 mois
Presc 5 1.3-Gouvernance- Animation et fonctionnement des instances	Revoir l'organisation des séances du CVS en : -Désignant un secrétaire de séance, -Faisant approuver le compte rendu de séance signé par le président et le secrétaire lors de la séance suivante, -Présentant au CVS les EI et EIG survenus dans l'établissement ainsi que les actions correctrices mises en place.	Article D311-20 du CASF Article R331-10 du CASF Articles L331-8-1 du CASF	Ecart 6 : Un secrétaire de séance n'est pas désigné dans les comptes rendus fournis ce qui contrevient à l'article D311-20 du CASF. Ecart 7 : Tous les EIG n'ont pas été présentés au CVS, ce qui contrevient à l'article R331-10 CASF. Ecart 8 : Les solutions correctives, mises en place à la suite des EIG, n'ont pas été présentées au CVS. Remarque 4 : Le compte rendu de la dernière réunion du CVS doit être approuvé lors la réunion suivante. Il doit être signé par le président et le secrétaire.	3 mois
Presc 6 1.4-Gouvernance- Gestion de la qualité	Transmettre le résultat de la dernière évaluation externe de l'établissement.	Article D312-204 du CASF	Ecart 9 : L'enquête d'évaluation externe doit être réalisée au minimum tous les 5 ans. Référence : Article D312-204 du CASF	Immédiat
Presc 7 1.4-Gouvernance- Gestion de la qualité	Assurer une réflexion au niveau de la politique de qualité :	Réfentiel HAS « l'évaluation de la qualité des	Remarque 5 : Il ne ressort pas à la lecture du Plan Qualité qu'il prend en compte les résultats de la mission sur le nouveau référentiel HAS de mars 2022	

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Ref Rapport	Délai de mise en œuvre
	-En prenant en compte le nouveau référentiel HAS de mars 2022 et notamment : -En incluant la participation des familles, -En priorisant les items où le niveau de satisfaction est le plus bas, -En s'appuyant sur les résultats de toutes les évaluations et auto-évaluation de l'établissement.	EHPAD » mars 2022 (https://www.has-sante.fr/upload/doc/s/application/pdf/2022-03/referentiel_devaluation_de_la_qualite_essms.pdf)	Remarque 6 : L'évaluation des prestations de restauration, effectuées en sous-traitance, n'a pas été communiquée. Remarque 7 : Les familles ne sont pas consultées dans les enquêtes de satisfaction. Remarque 8 : Le niveau de satisfaction concernant [REDACTED] sont peu élevés Ces points méritent une analyse approfondie. Remarque 9 : Les documents transmis ne contiennent pas de suivi de mise en œuvre de plan qualité. Remarque 10 : Les résultats de l'auto-évaluation des personnels sur la bientraitance n'ont pas été communiqués. Remarque 11 : L'établissement ne dispose pas de protocole sur la bientraitance et la lutte contre la maltraitance. Remarque 17 : L'établissement ne propose de formation à la bientraitance et au repérage de la maltraitance	
Presc 8 1.4-Gouvernance-Gestion de la qualité	Développer la culture de la bientraitance et de la lutte contre la maltraitance dans l'établissement en : -Formalisant un protocole sur la bientraitance et la lutte contre la maltraitance, -Assurant la formation des personnels sur ces sujets.			
Presc 9 2.1-Fonctions support-Gestion des RH	Mettre en œuvre toutes les mesures pour assurer que les effectifs de l'établissement : -Soient en conformité avec les objectifs fixés dans le CPOM,	Article L311-3, 1° du CASF	Ecart 13 : Les effectifs totaux de l'établissement ne sont pas conformes aux objectifs fixés dans le CPOM. L'équipe de l'établissement n'est pas stabilisée et le recours à de nombreux CDD en fragilise la cohésion. Référence : Article L311-3, 1° du CASF	6 mois

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Ref Rapport	Délai de mise en œuvre
Presc 10	2.1-Fonctions support-Gestion des RH -Soient stabilisés afin d'éviter le recours à des CDD, -Permettent d'assurer un taux d'encadrement d'IDE en conformité avec les modalités de calcul contenues dans le CPOM.		Ecart 14 : Le taux d'encadrement en IDE est trop faible par rapport aux critères ARS contractualisés dans le CPOM et IDE sont à recruter pour postes existants. Référence : Article L311-3 du CASF Remarque 15 : Le recours aux contrats à durée déterminée, par rapport aux effectifs permanents, est excessif.	
Presc 10	Assurer que le médecin coordonnateur dispose d'un temps de travail suffisant pour assurer ses missions de coordination dans l'établissement.	Article D312-156 du CASF	Ecart 15 : Le temps effectif de médecin coordonnateur en ETP est insuffisant et non conforme en raison de la charge de temps de médecin traitant exercée. Référence : Article D312-156 du CASF Remarque 26 : La mission constate le nombre important de résidents suivis par le médecin coordonnateur, alors que ce n'est pas sa mission première.	6 mois
Presc 11	2.1-Fonctions support-Gestion des RH Retravailler les outils de suivi du personnel afin de garantir qu'ils soient complets, lisibles et compréhensibles par tous les salariés de l'établissement.		Remarque 14 : Le tableau des effectifs ne fait pas apparaître d'ASG. Remarque 19 : Le planning ne comporte pas de légende, ce qui ne permet pas de le comprendre de manière fiable Remarque 20 : Le planning doit pouvoir également être compris par le personnel nouvellement embauché. Remarque 21 : Les outils de suivi du personnel, les modalités des transmissions doivent être complètes, lisibles et mises à jour	3 mois

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Ref Rapport	Délai de mise en œuvre
Presc 12 2.1-Fonctions support-Gestion des RH	Compléter et transmettre : -Les fiches de tâches horaires des personnels auxiliaires de vie, -Le document « répartition des tâches IDE ».	Article L.311-3 1° du CASF Article R4311-5 du CSP	Ecart 16 : Le type de toilettes n'est pas précisé dans les fiches de tâches horaires. Les toilettes au lit et complètes sont des actes de soin, contrairement à l'accompagnement à la toilette, ce qui suppose des glissements de tâches. (Article L.311-3 1° du CASF, Article R4311-5 du CSP) Remarque 13 : La « répartition des tâches IDE » est non datée et le rédacteur du document n'est pas indiqué.	1 mois
Presc 13 3.1-Prise en charge-Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Mettre en place une évaluation gériatrique des résidents, assurée par le médecin coordonnateur, à leur admission dans l'établissement.	Article D312-158 2° du CASF	Ecart 17 : La mission ne peut établir la tenue d'une évaluation gériatrique du résident au moment de l'admission ce qui contrevient à l'article D312-158 2° du CASF.	1 mois
Presc 14 3.1-Prise en charge-Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Compléter la démarche relative au PAP dans l'établissement en : -Retravaillant la procédure de l'établissement pour inclure la participation directe du résident à l'élaboration de son PAP, -Assurant que chaque résident dispose d'un PAP valide actualisé annuellement.	Articles L311-3, 3° et L311-3 7° du CASF	Ecart 18 : La procédure transmise ne mentionne pas les modalités de participation du résident à son projet d'accompagnement personnalisé ce qui contrevient à l'article L311-3 7° du CASF. Ecart 19 : Seulement la moitié des résidents disposaient d'un projet d'accompagnement personnalisé valide au jour du contrôle ce qui contrevient à l'article L311-3, 3° du CASF. Remarque 25 : La procédure transmise ne précise pas les modalités et la périodicité de révision du projet d'accompagnement personnalisé, qui doivent être à minima annuelles.	6 mois

Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Ref Rapport	Délai de mise en œuvre
Presc 15 3.1-Prise en charge-Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Mettre en place une commission de coordination gériatrique dans l'établissement.	Article D312-158, 3° du CASF	Ecart 20 : La mission ne peut établir la réunion annuelle de la commission de coordination gériatrique ce qui contrevient à l'article D312-158, 3° du CASF.	6 mois
Presc 16 3.2-Prise en charge-Respect des droits et des personnes	Compléter le contrat de séjour en incluant une annexe relative aux mesures d'exercice de la liberté d'aller et venir du résident.	Article R311-0-6 du CASF	Ecart 21 : Le contrat de séjour ne comporte pas d'annexe relative aux mesures d'exercice de la liberté d'aller et venir du résident ce qui contrevient à l'article R311-0-6 du CASF.	1 mois
Presc 17 3.8-Prise en charge-Soins	Compléter la procédure de délégation d'administration des médicaments entre IDE et AS en : -Différenciant l'administration des médicaments de l'acte d'aide à la prise, -Précisant que les actes délégués restent de la responsabilité de l'IDE.	Article R4311-7 du CSP	Ecart 22 : 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 29 : La procédure de délégation ne précise pas que les actes délégués restent de la responsabilité de l'IDE et que la dispensation de certains médicaments ne peut pas être déléguée aux AS.	1 mois

Recommandations :

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Ref Rapport
Reco 1 1.2- Gouvernance-Management et Stratégie	Compléter le projet d'établissement en : -Le faisant signer par l'organisme gestionnaire, -Le faisant valider par le CVS.		Remarque 1 : Le projet d'établissement n'est pas signé par l'organisme gestionnaire et ne

Thèmes et Sous- Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Ref Rapport
Reco 2 1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	Faire apparaître les liens hiérarchiques et fonctionnels dans l'organigramme de l'établissement		mentionne pas une validation préalable par le CVS.
Reco 3 1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	Transmettre une fiche de poste ou une lettre de mission détaillant les missions attachées au poste de directeur.		Remarque 2 : L'organigramme de l'établissement ne fait pas apparaître les liens hiérarchiques et fonctionnels.
Reco 4 1.4-Gouvernance- Gestion de la qualité	Formaliser une procédure relative aux cas d'agression et de harcèlement sexuel.		Remarque 3 : Aucune fiche de poste ou lettre de mission du directeur n'a été transmise à la mission.
Reco 5 2.1-Fonctions support-Gestion des RH	Transmettre le plan de développement des compétences 2024.		Remarque 12 : L'établissement ne dispose pas de procédure relative aux cas d'agression et de harcèlement sexuel
Reco 6 2.1-Fonctions support-Gestion des RH	Rédiger un livret d'accueil des nouveaux salariés et l'accompagnement des nouveaux salariés.		Remarque 16 : Les données fournies ne permettent de déterminer pour l'ensemble des formations proposées : les différentes catégories de personnel, les salariés concernés et le nombre d'heures.
Reco 7 2.1-Fonctions support-Gestion des RH	Transmettre la fiche de tâches horaires des garde-malades.		Remarque 18 : L'établissement n'a pas transmis de procédure relative à l'accueil et à l'accompagnement des nouveaux salariés, ni de livret d'accueil destiné aux nouveaux salariés.
Reco 8 2.1-Fonctions support-Gestion des RH	Transmettre le planning des professionnels de nuit.		Remarque 22 : La liste des tâches pour les garde-malades n'a pas été transmise.
			Remarque 23 : Le planning fourni par l'établissement n'est pas clair au niveau de la présence des professionnels de nuit.



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



VILLE DE

PARIS

Thèmes et Sous- Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réf Rapport
Reco 9 3.1-Prise en charge- Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Compléter la procédure d'admission dans l'établissement pour indiquer la participation du médecin coordonnateur à l'admission et la tenue de l'entretien médical préalable.		Remarque 24 : La procédure d'admission de l'établissement ne mentionne pas la participation du médecin coordonnateur à l'admission et ne précise pas si un entretien médical préalable à l'entrée est organisé.
Reco 10 3.1-Prise en charge- Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Assurer que tous les résidents disposent d'un médecin traitant dans l'établissement.		Remarque 27 : Tous les résidents n'ont pas de médecins traitants.
Reco 11 3.1-Prise en charge- Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Sensibiliser les médecins traitants intervenant dans l'établissement à l'utilisation du logiciel de soin.		Remarque 28 : La majorité des médecins traitants intervenant dans l'établissement n'utilisent pas le logiciel de soin.

