



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

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

Monsieur Benoit CAILLIAU  
Président  
Association Maison de retraite des Sœurs  
Augustines  
29 rue de la Santé  
75013 Paris

Lettre recommandée avec AR  
N° 21A 197 564 0239 6

Saint-Denis, le 19 NOV. 2024

Monsieur le Président,

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, un contrôle sur pièces mené conjointement par l'Agence régionale de santé Ile-de-France (ARS IDF) et la Ville de Paris a eu lieu à compter du 17 juillet 2023 au sein de l'EHPAD « des Sœurs Augustines » géré par la congrégation des Sœurs Augustines du Cœur de Marie (FINESS 750800559), 29 rue de la Santé, 75013 Paris.

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

Des points positifs méritent d'être soulignés, notamment sur :

- La présence d'une procédure relative aux contentions,
- La présence d'une procédure d'admission détaillée,
- La réalisation d'une évaluation du résident au moment de l'admission,
- La réunion de la commission de coordination gériatrique,
- La présence d'un protocole de dépistage et de lutte contre la douleur,
- La présence d'un protocole de soins palliatifs et de fin de vie,
- La réalisation d'un suivi nutritionnel au sein de l'établissement.

Cependant, au total 22 écarts et 23 remarques ont été formulés, parmi lesquels on note les principaux points suivants :

○ **Gouvernance :**

- Le projet de service spécifique au PASA n'est pas rédigé,
- Le contenu du règlement de fonctionnement n'est pas conforme à la réglementation,
- Le projet d'établissement fourni n'est plus en vigueur et n'a pas été réactualisé,
- Le temps de présence du médecin coordonnateur n'est pas conforme à la réglementation.

○ **Gestion des risques et de la qualité :**

- Il n'est pas fait mention d'actions d'amélioration continue de la qualité,
- Il n'est pas procédé de façon régulière à des évaluations externes,
- Une politique de la bientraitance et de repérage de la maltraitance n'est pas mise en place,
- Une politique de déclaration des EI/EIG n'est pas en place
- Il n'y a pas de procédures relatives aux situations de violences, de harcèlements sexuels ou d'agressions

○ **Prises en charge :**

- Les éléments transmis ne permettent pas d'établir la tenue d'une évaluation, à minima annuelle, de la douleur chez les résidents.

○ **Gestion des RH :**

- La fidélisation des personnels et la stabilisation de l'équipe n'est pas effective,
- L'établissement recourt massivement aux CDD de courte durée,
- La fiche de procédure relative à la gestion des absences ne permet pas de saisir la mise en œuvre d'un remplacement, la réorganisation des tâches proposée, le rôle des remplaçants qui ne disposent pas des compétences requises ni l'organisation minimale de fonctionnement,
- Le plan de développement des compétences de l'établissement ne propose pas l'ensemble des formations qui assurent une qualité de la prise en charge des résidents,

○ **Risques environnementaux :**

- La fiche récapitulative sur l'amiante n'est pas mise à jour,
- Les analyses de légionnelles comprenant l'ensemble des points de surveillance n'ont pas été effectuées selon la réglementation en vigueur.

Au regard de l'ensemble des constats réalisés par la mission, nous envisageons de vous notifier **4 injonctions, 14 prescriptions et 15 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, je vous invite à me faire connaître vos observations sur les mesures correctives envisagées dans un délai d'un mois à compter de la réception du présent courrier.

Je vous remercie de bien vouloir adresser la copie de vos éléments de réponse à

Sans réponse de votre part à l'issue de ce délai, je vous notifierai mes décisions définitives telles que figurant à l'annexe précitée.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma considération distinguée.

Le Directeur de la Délégation départementale de Paris

BB

Tanguy BODIN

Le Directeur Adjoint des Solidarités

Jacques BERGER

**Annexe : Mesures envisagées dans le cadre du contrôle réalisé au sein de l'EHPAD des Sœurs Augustines le 17 juillet 2024 :**

	Injonction envisagée	Texte de référence	Réf. rapport	Délai de mise en œuvre
1	Rédiger une procédure qui permet de comprendre la mise en œuvre d'un remplacement, la réorganisation des tâches proposée, le rôle des remplaçants qui ne disposent pas des compétences requises et l'organisation minimale de fonctionnement.	Article L.311-3 1° du CASF	<b>2.1.4.7. - Ecart n°17 :</b> La fiche de procédure relative à la gestion des absences ne permet pas de saisir la mise en œuvre d'un remplacement, la réorganisation des tâches proposée, le rôle des remplaçants qui ne disposent pas des compétences requises ni l'organisation minimale de fonctionnement, ce qui est de nature à remettre en cause la sécurité des soins.	1 mois
2	Assurer un suivi au moins annuel de la douleur chez les résidents.	Articles L1110-5, L1112-4 du CSP	<b>3.8.2.24. - Ecart n°20 :</b> Les éléments transmis par l'établissement ne permettent pas d'établir la tenue d'une évaluation, à minima annuelle, de la douleur chez les résidents ce qui contrevient aux articles L1110-5, L1112-4 du code de la santé publique.	6 mois
3	Transmettre la fiche récapitulative du diagnostic amiante.	Articles L.1334-12-1 à L.1334-17, L.1337-2 à L.1337-5, R.1334-14 à R.1334-29-9 du CSP  Décret n° 2011-629 du 3 juin 2011	<b>Amiante - Ecart n°21 :</b> La fiche récapitulative sur l'amiante n'est pas mise à jour.	1 mois
4	Transmettre les analyses légionnelles de 2024 incluant l'ensemble des points de prélèvement réglementaires et les points d'usage à risques ou éloignés ; les rapports d'analyse devront être transmis dans leur intégralité.	Arrêté 1 <sup>er</sup> Février 2010 relatif à la surveillance des légionnelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire	<b>Légionnelles – Ecart n°22 :</b> Les analyses de légionnelles comprenant l'ensemble des points de surveillance n'ont pas été effectuées selon la réglementation en vigueur.	Immédiat



Suite des mesures envisagées dans le cadre du contrôle réalisé au sein de l'EHPAD des Sœurs Augustines le 17 juillet 2024 :

	Prescription envisagée	Texte de référence	Réf. rapport	Délai de mise en œuvre
1	Transmettre les données relatives au taux d'occupation tous les deux mois en vue d'atteindre le taux cible de 95 %.	Article L313-4 du CASF	<b>1.1.1.2 - Ecart n°1 :</b> Le taux d'occupation des places en hébergement permanent est inférieur à 95%.	Tous les deux mois
2	Rédiger et transmettre un projet de service spécifique au PASA.	Article D.312-155-0-1 du CASF	<b>1.1.2.2. - Ecart n°2 :</b> Au vu des documents transmis, l'établissement ne dispose pas d'un projet de service spécifique au PASA.	6 mois
3	Dater et signer le règlement de fonctionnement et le présenter au CVS.	Article L.311-7 du CASF	<b>1.2.1.1. - Ecart n°3 :</b> Le règlement de fonctionnement ne fait pas mention d'une consultation du CVS pendant son élaboration ce qui contrevient à l'article L311-7 du CASF. <b>Remarque n°1 :</b> Le règlement de fonctionnement du CVS transmis n'est pas daté et signé.	Prochain CVS
4	Mettre à jour le contenu du règlement de fonctionnement pour inclure tous les points prévus par la réglementation.	Articles R.311-35, R.311-36 et R.311-37 du CASF	<b>1.2.1.2. - Ecart n°4 :</b> Le contenu du règlement de fonctionnement n'est pas conforme à la réglementation ce qui contrevient aux article R311-35, R311-36 et R311-37 du CASF.	3 mois
5	Rédiger et transmettre un projet d'établissement à jour.	Article L.311-8 du CASF	<b>1.2.1.4. / 1.2.1.5. - Ecart n°5 :</b> Le projet d'établissement fourni n'est plus en vigueur et n'a pas été réactualisé.	6 mois
6	Transmettre l'inscription à l'Ordre des infirmiers de l'IDEC et l'inscription à l'Ordre des médecins du Medco.	Article D.312-156 du CASF	<b>1.2.2.12. / 1.2.2.15. - Ecart n° 6 :</b> L'établissement n'a pas transmis l'inscription à l'Ordre des infirmiers de l'IDEC ce qui contrevient à l'article L4311-3 du CSP. <b>Remarque n°5 :</b> L'inscription à l'Ordre des médecins n'a pas été transmise.	Immédiat
7	Mettre toutes les mesures en place pour tendre vers un temps de présence du médecin coordonnateur conforme à la réglementation.	Article D.312-156 du CASF	<b>1.2.2.14. - Ecart n°7 :</b> Le temps de présence du médecin coordonnateur n'est pas conforme à la réglementation.	1 mois
8	Procéder à la vérification du quorum pour chaque séance du CVS, le préciser dans le compte-rendu et présenter de façon régulière les dysfonctionnements et évènements indésirables.	Articles R.331-10 & D.311-17 du CASF	<b>1.3.3.1. - Ecart n°8 :</b> Lors des séances il n'est pas procédé à la vérification du quorum ce qui contrevient à l'article D.311-17 du CASF.	Prochain CVS

	Prescription envisagée	Texte de référence	Réf. rapport	Délai de mise en œuvre
			<b>1.3.3.2. - Ecart n°9 :</b> Le CVS n'est pas avisé des dysfonctionnements et évènements indésirables ce qui contrevient à l'article R.331-10 du CASF.	
9	Réaliser une évaluation externe et la transmettre aux autorités et mettre en place un plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ).	Articles L.312-8, D.312-200, D.312-204 et D.312-203 du CASF	<b>1.4.1.7. - Ecart n°10 :</b> L'établissement ne fait pas mention d'actions d'amélioration continue de la qualité ce qui contrevient à l'article D.312-203 du CASF.  <b>1.4.2.1. - Ecart n°11 :</b> L'établissement ne procède pas de façon régulière à des évaluations externes ce qui contrevient aux articles L.312-8, D.312-200 et D.312-204 du CASF.	6 mois
10	Mettre en place une politique de la bientraitance et de repérage de la maltraitance, et y inclure les procédures relatives aux situations de violences, de harcèlements sexuels ou d'agressions.	Article L.311-3 1° du CASF.	<b>1.4.3.1. - Ecart n°12 :</b> L'établissement ne met pas en œuvre une politique de la bientraitance et de repérage de la maltraitance, ce qui contrevient à l'article L.311-3 1° du CASF.  <b>1.4.3.2. / 1.4.3.3. - Remarque n°6 :</b> L'établissement n'a pas rédigé de procédures relatives aux situations de violences, de harcèlements sexuels ou d'agressions.	6 mois
11	Mettre en place une politique de gestion des EI/EIG par : <ul style="list-style-type: none"> <li>- La rédaction et la transmission à la mission d'une procédure de déclaration et de gestion des EI et EIG,</li> <li>- La mise en place d'un suivi et d'un bilan des EI/EIG dans le cadre d'une démarche continue d'amélioration de la qualité,</li> <li>- L'établissement de façon systématique d'une analyse et des retours d'expérience des EI/EIG.</li> </ul>	Article L.331-8-1 et 9 du CASF	<b>1.5.1.3. - Ecart n°13 :</b> L'établissement ne dispose pas d'une procédure de déclaration des EI/EIG ce qui contrevient à l'article L.331-8-1 du CASF.  <b>Ecart n° 14 :</b> L'établissement n'a pas déclaré les évènements indésirables graves transmis concernant le problème de pharmacovigilance ainsi que la présence de légionnelles dans l'établissement ce qui contrevient à l'article L.331-8-1 et -9 du CASF.  <b>1.5.1.5. / 1.5.1.6. : Remarque n° 7 :</b> L'établissement n'a pas mis en place un suivi et un bilan des EI/EIG dans le cadre d'une démarche continue d'amélioration de la qualité.	1 mois

	Prescription envisagée	Texte de référence	Réf. rapport	Délai de mise en œuvre
			<b>Remarque n°8 :</b> L'établissement n'a pas mis en place l'analyse des EI/EIG et la formalisation des retours d'expérience.	
12	Mettre en place une politique de stabilisation et de fidélisation de l'équipe conformément au second objectif du CPOM et dans ce cadre revoir la gestion de remplacement des professionnels afin de réduire le recourt aux CDD de courte durée.	Article L.311-3 1° et 3° du CASF.	<b>2.1.1.1. - Ecart n°15 :</b> Contrairement aux engagements pris en 2019 lors de la signature du CPOM, la fidélisation des personnels et la stabilisation de l'équipe n'est pas effective, ce qui fragilise la prise en charge des résidents et contrevient à l'article L.311-3 1° du CASF. <b>Ecart n°16 :</b> L'établissement recourt massivement aux CDD de courte durée, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-3 3° du CASF.	6 mois
13	Rédiger et mettre en place un protocole complet d'élaboration de PAI assurant la participation active du résident.		<b>3.1.3.3. - Ecart n° 18 :</b> L'établissement ne dispose pas d'un protocole complet en matière d'élaboration du PAI ce qui contrevient à l'article L311-3 3° et 7° du CASF.	3 mois
14	Revoir la procédure de délégation d'administration des médicaments pour définir les compétences respectives des IDE et AS.		<b>3.8.2.22. - Ecart n°19 :</b> La procédure du médicament ne précise pas les modalités de la collaboration entre l'AS et l'IDE, les cas de délégation d'administration et d'aide à la prise ainsi que le rôle propre de l'IDE et les traitements dont la prise ne peut pas être déléguée ce qui contrevient aux articles R4311-4 et R4311-5 du code de la santé publique.	1 mois

Recommandation envisagée	Réf. rapport
1 Ajouter au plan bleu la procédure de révision et d'intégration des RETEX.	<b>1.2.1.6. - Remarque n°2 :</b> Le plan bleu ne précise pas les modalités de mise à jour, ni celles d'intégration des RETEX.
2 Faire figurer tous les noms des personnels en poste sur l'organigramme.	<b>1.2.2.1. - Remarque n°3 :</b> L'organigramme de l'établissement ne contient pas tous les noms des personnels en poste.
3 Formaliser une procédure permettant l'organisation du système d'astreinte administrative dans l'établissement.	<b>1.2.2.8. - Remarque n°4 :</b> L'établissement ne dispose pas d'organisation relative aux astreintes administratives.
4 Proposer des formations dans le plan de développement des compétences en lien avec une politique de la bientraitance et de repérage de la maltraitance.	<b>2.1.2.1. - Remarque n° 9 :</b> Le plan de développement des compétences de l'établissement ne propose pas l'ensemble des formations qui assurent une qualité de la prise en charge des résidents : bientraitance, repérage de la maltraitance, sensibilisation à la dénutrition, troubles du comportement et troubles sensoriels.
5 Rédiger un protocole d'accueil du nouveau salarié au sein de l'équipe et de l'établissement.	<b>2.1.2.5. - Remarque n° 10 :</b> Le protocole d'accueil est un descriptif du processus de recrutement et ne vise pas à l'accueil du nouveau salarié au sein de l'équipe et de l'établissement
6 Mettre en place un groupe de parole ou d'analyse des pratiques pour les professionnels.	<b>2.1.2.5. - Remarque n° 11 :</b> L'établissement ne propose pas aux salariés un groupe de parole ou un groupe d'analyse de pratiques.
7 Revoir les outils de gestion des plannings afin d'en clarifier le fonctionnement, corriger les erreurs et mettre en place une organisation qui permet au moins la participation d'un aide-soignant aux transmissions du matin et du soir.	<b>2.1.4.5. - Remarque n° 12 :</b> L'organisation horaire entre l'équipe de jour et l'équipe de nuit ne permet qu'à une infirmière de participer aux transmissions orales ce qui fragilise l'organisation des soins en l'absence de celle-ci. <b>Remarque n° 13 :</b> L'organisation des plannings horaires manque de précisions et de cohérence. <b>Remarque n° 14:</b> Les plannings types contiennent quelques erreurs dans le découpage horaire.
8 Rédiger une fiche spécifique pour les AES et une autre pour les ASH et préciser dans les fiches de tâches heurees qui est chargé d'assurer la distribution des médicaments la nuit.	<b>2.1.4.2. - Remarque n°15:</b> L'établissement n'a pas rédigé de fiche de tâches heurees pour les AES (ex. AMP) et les ASH. <b>2.1.4.10. - Remarque n°16 :</b> Il n'est pas préciser dans les fiches de tâches heurees du personnel de nuit qui assure la distribution des médicaments.
9 Assurer la sensibilisation et la formation des intervenants dans la structure à l'utilisation du logiciel de soin de l'établissement.	<b>3.1.4.5. - Remarque n° 17 :</b> Tous les professionnels médicaux intervenant dans la structure n'utilisent pas le logiciel de soins de l'établissement.
10 S'assurer que chaque résident soit suivi par un médecin traitant.	<b>3.1.4.5. – Remarque n°18 :</b> Au jour du contrôle, neuf résidents n'ont pas de médecin traitant.
11 Approuver et signer la procédure sur les contentions.	<b>3.2.3.1. - Remarque n° 19 :</b> La procédure transmise n'est pas signée et approuvée par l'établissement.

<b>Recommandation envisagée</b>		<b>Réf. rapport</b>
<b>12</b>	Mettre à jour la convention et la transmettre signée par le producteur et le collecteur à l'ARS.	<b>DASRI - Remarque n°20 :</b> La convention n'est pas signée par le collecteur. Seul l'incinération est cochée comme traitement des DASRI alors que qu'un site de banalisation est indiqué comme exutoire secondaire.
<b>13</b>	Signer systématiquement les bordereaux lors de la collecte des DASRI. Transmettre les bordereaux des 3 derniers mois à l'ARS.	<b>DASRI - Remarque n°21 :</b> Les bordereaux ne sont pas systématiquement signés par le producteur.
<b>14</b>	Vérifier que l'ensemble des mesures préventives telles que le nettoyage des mousseurs et des pommeaux de douches sont réalisées et transmettre la fiche de suivi.	<b>Légionnelles - Remarque n°22 :</b> La direction ne s'est pas s'assurée que l'ensemble des mesures préventives relatives à la désinfection des éléments de robinetterie (mousseurs et pommeaux de douche) sont réalisées régulièrement.
<b>15</b>	Vérifier que la température de l'eau, délivrée aux points de puisage des pièces destinées à la toilette, soit inférieure à 50°C et s'assurer que des systèmes de protection contre le risque de brûlure soient mis en place (bague de blocage sur mitigeur ou robinet thermostatique) au niveau de chaque point de puisage ; le cas échéant, mettre en place ces systèmes sans délai.  Transmettre un document synthétique listant les écarts et les mesures correctives mises en place.	<b>Légionnelles - Remarque n°23 :</b> La direction doit s'assurer la température maximale de l'eau chaude sanitaire est à 50 °C aux points de puisage dans les pièces destinées à la toilette.

