

**Délégation départementale de Paris
Agence Régionale de Santé d'Île-de-France**

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

**Agence Régionale de Santé
Délégation départementale de Paris
Affaire suivie par : Dathia Elenqa**

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

**Cheffe du service des EHPAD
Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris
Pôle Opérateur
Sous-direction de l'Autonomie
5 boulevard Diderot
75012 Paris**

Saint-Denis, le **09 JAN 2025**

Lettre recommandée avec AR
N°

Madame,

Une inspection menée conjointement par l'Agence régionale de santé Île-de-France (ARS IDF) et la Ville de Paris a eu lieu le 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.

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 2 juillet 2024 le rapport que nous a remis la mission d'inspection, ainsi que les mesures suivantes : une injonction, douze prescriptions et sept recommandations.

Vous nous avez transmis les éléments de réponse détaillés, ce dont nous vous remercions.

Nous notons que des corrections ont été apportées concernant les mesures ci-dessous :

Injonctions

- Injonction 1 : L'établissement a recruté un médecin coordonnateur

Prescriptions

- Prescription 1 : L'établissement a fourni un plan bleu qui présente les principaux aspects attendus.
- Prescription 11 : Un contrat type a été fourni sur les médecins libéraux intervenant dans l'établissement.
- Prescription 12 : L'arrêté d'intégration de la cadre de santé a été fourni.

Recommandations

- Recommandation 6 : Une procédure d'accueil du nouveau salarié a été transmise.

Cependant, au regard de l'ensemble des éléments de réponse apportés, des actions correctrices restent nécessaires dans les mesures suivantes :

Prescriptions :

- Prescription 2 : Transmettre les documents relatifs au CVS.
- Prescription 3 : Transmettre les documents sur l'information concernant la personne de confiance et les directives anticipées
- Prescription 4 : Transmettre la version modifiée du PACQ.
- Prescription 5 : Transmettre les nouveaux documents sur la gestion EI et EIG et la déclaration des EIG
- Prescription 6 : Transmettre les données de l'évaluation multidimensionnelle
- Prescription 7 : Transmettre les documents concernant la formation sur la prise en charge de la douleur, des plaies et cicatrisation
- Prescription 8 : Transmettre les documents sur la gestion des DASRI.
- Prescription 9 : Rédiger et transmettre les nouvelles fiches métier (AS, ASO au chevet et accompagnants éducateurs).
- Prescription 10 : Transmettre les documents sur la gestion des plannings des IDE et AS spécifiant les missions de chaque métier

Recommandations :

- Recommandation 1 : Transmettre le nouveau projet d'établissement signé.
- Recommandation 2 : Transmettre la fiche de poste du psychomotricien
- Recommandation 3 : Mettre à jour régulièrement les plans de table et les régimes.
- Recommandation 4 : Promouvoir un temps d'échanges ou de communication avec les médecins sur les prescriptions médicales poly médicamenteuse.
- Recommandation 5 : Promouvoir la formation des ASO vers des formations diplômantes.
- Recommandation 7 : Transmettre les informations sur l'instauration de l'analyse des pratiques professionnelles.

Aussi, nous vous notifions à titre définitif **neuf prescriptions et six recommandations** en annexe 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->

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'Ile-de-France et par délégation,

Pour la Maire d
La Direc

Le Directeur de la Délégation départementale de Paris

Jeanne SEBAN

1/0 Tanguy BODIN

Agence Régionale de Santé Ile-de-France
Délégation Départementale de Paris
13 rue du Landy
93200 SAINT DENIS
Directrice Adjointe

Lucie DUFOUR

Copie à :

Directeur
EHPAD Annie Girardot
6-12 rue Annie Girardot
75013 Paris



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



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			Réf. rapport	Analyse de la réponse de l'établissement et	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, 3° du CASF) Délai : 1 mois	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).		Le contrat du nouveau médecin coordonnateur a été transmis par l'établissement.	Injonction retirée

Prescriptions envisagées			Réf. rapport	Analyse de la réponse de l'établissement	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) Délai : 6 mois	E2 : L'établissement ne dispose pas d'un plan bleu conformément aux articles L. 311.3 du CASF et de D.312.160 du CASF		L'établissement a fourni un plan bleu qui présente les principaux aspects attendus.	Prescription retirée

Prescriptions envisagées	Ref. rapport	Analyse de la réponse de l'établissement	Délai de mise en œuvre
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 Délai : 3 mois	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	L'établissement n'a pas présenté de documents relatifs au CVS.	Prescription maintenue Délai : 3 mois Transmettre les documents du CVS
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 L311-12 du CASF D.311-15 et 21 du CASF Délai : 6 mois	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.	Les enquêtes de satisfaction à destination des résidents et des familles ont été transmises pour les années 2022 et 2023. Une photo du registre de réclamations a été transmise. L'établissement n'a pas apporté la preuve que les formulaires de désignation de la personne de confiance et des directives anticipées sont transmis.	Prescription maintenue partiellement Délai : 3 mois Transmettre les documents sur l'information concernant la personne de confiance et des directives anticipées.
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 Délai : 6 mois	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.	Les enquêtes de satisfaction à destination des résidents et des familles ont été transmises pour les années 2022 et 2023. Une photo du registre de réclamations a été transmise.	Prescription maintenue Délai : 6 mois Transmettre le PACQ dans sa version modifiée

Prescriptions envisagées		Ref. rapport	Analyse de la réponse de l'établissement	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 Délai : 3 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. 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. 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	L'établissement n'a pas transmis le plan continue d'amélioration de la qualité modifié, ni les comptes rendus des Copil qualité.	Prescription maintenue Délai : 3 mois Transmettre les nouveaux documents sur la gestion EI et EIG et la déclaration des EIG.

Prescriptions envisagées		Ref. rapport	Analyse de la réponse de l'établissement	Délai de mise en œuvre
		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. 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.	La procédure de déclaration des EIG n'a pas été revue ni complétée.	
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	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	L'établissement a transmis deux documents vierges relatifs à l'évaluation multidimensionnelle des futurs résidents lors de l'étape de préadmission. Les données sur le suivi des résidents dans leur évaluation multidimensionnelle n'ont pas été fournies. Les actions	Prescription maintenue Délai : 3 mois Transmettre les données de l'évaluation multidimensionnelle

Prescriptions envisagées			Réf. rapport	Analyse de la réponse de l'établissement	Délai de mise en œuvre
			pas de 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. 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.	doivent être mises en place et consolidées.	
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 Délai : 6 mois			L'établissement a transmis les justificatifs de formation du personnel à la bientraitance. La formation au repérage de la maltraitance n'est pas intégrée au plan de formation. L'établissement n'a pas transmis d'éléments sur les formations relatives à la prise en charge de la douleur, des plaies et cicatrisation.	Prescription maintenue Délai : 6 mois Transmettre les documents concernant la formation sur la prise en charge de la douleur, des plaies et cicatrisation.
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 Délai : 6 mois		E12 : La gestion des DASRI contrevient aux articles R1335-1 et 2 du CSP.	L'établissement n'a pas transmis les nouvelles procédures et les feuilles d'émargement sur la transmission des pratiques professionnelles sur la gestion des DASRI.	Prescription maintenue Délai : 6 mois Transmettre les documents sur la gestion des DASRI.
9	Revoir les fiches heurées aux fins d'identifier clairement les tâches affectées aux IDE, AS, AES et ASO.		E8 : L'absence de fiches de tâches heurées ne permet pas de garantir	Les fiches de tâches heurées transmises sont communes	Prescription maintenue

Prescriptions envisagées		Ref. rapport	Analyse de la réponse de l'établissement	Délai de mise en œuvre
10	Art. L.311-3, D.312-155-0, L.451-1 du CASF et L.4391-1 du CSP. Délai : 3 mois	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. 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.	aux aides-soignants, accompagnants éducatifs et sociaux, et au ASO au chevet. Les fiches de postes sont distinctes, mais elles restent insuffisamment précises quant aux spécificités pour chaque professionnel. Le glissement de tâches entre ces trois professionnels ne peut être écarté.	Délai : 3 mois Rédiger et transmettre les nouvelles fiches métier (AS, ASO au chevet et accompagnants éducatifs).
	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 Délai : 3 mois	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 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.	L'établissement n'a pas transmis d'informations relatives à des modifications de planning concernant les aides-soignants de nuit et les infirmiers. La procédure de gestion des absences inopinées du personnel a été transmise.	Prescription maintenue Délai : 3 mois Transmettre les documents sur la gestion des plannings des IDE et AS spécifiant les missions de chaque métier.

Prescriptions envisagées		Ref. rapport	Analyse de la réponse de l'établissement	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 Délai : 3 mois	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.	Un contrat type pour les médecins libéraux intervenant dans l'établissement a été transmis. Un contrat et une décision d'affectation pour des médecins intervenant pour des soins ont également été fournis.	Prescription retirée
12	Fournir le contrat de travail de la cadre de santé. Art. D.344-5-15 du CASF Délai : 1 mois	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.	L'arrêté d'intégration de la cadre de santé a été fourni.	Prescription retirée



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



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	Réf. rapport	Analyse de la réponse de l'établissement	
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.	Un projet du projet d'établissement a été fourni (non daté, non signé, non mention de l'avis du CVS).	Recommandation maintenue Transmettre un projet d'établissement signé
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.	L'établissement n'a pas transmis de fiche de poste pour le psychomotricien.	Recommandation maintenue Transmettre la fiche du psychomotricien
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.	Aucun élément transmis.	Recommandation maintenue Mettre à jour régulièrement les plans de table et les régimes.
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.	Aucun élément transmis.	Recommandation maintenue Promouvoir un temps d'échanges ou de communication avec les médecins sur les prescriptions médicales poly médicamenteuse
5 Favoriser l'évolution des parcours professionnels des ASO.	R11 : Les ASO ont un parcours de formation moins suivi que le reste du personnel.	Aucun élément transmis.	Recommandation maintenue Promouvoir la formation des ASO vers des formations diplômantes.
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.	Une procédure d'accueil du nouveau salarié a été transmise.	Recommandation retirée

Recommandations envisagées	Réf. rapport	Analyse de la réponse de l'établissement	
7 Promouvoir et instaurer l'analyse des pratiques professionnelles selon les recommandations de la HAS. <i>Recommandations de la HAS, ("La Commission de coordination gériatrique", 2018)</i>	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. 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).	Aucun élément transmis.	Recommandation maintenue Transmettre les informations sur l'instauration de l'analyse des pratiques professionnelles.