

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

Supérieure Générale
Congrégation des Petites Sœurs
des Pauvres
71 rue de Picpus
75012 Paris

Saint-Denis, le **13 MAI 2025**

Lettre recommandée avec AR
N°

Madame,

Dans le cadre du plan national d'inspection et de contrôle des EHPAD, un contrôle conjoint a été réalisé au sein de l'EHPAD « Notre Dame des Champs », le 17 novembre 2023 par l'Agence Régionale de Santé Île-de-France et la Ville de 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 9 janvier 2025 le rapport que nous a remis la mission d'inspection, ainsi que 2 injonctions, 10 prescriptions et 12 recommandations que nous envisagions de vous notifier.

Vous nous avez transmis le 18 février 2025 des éléments de réponse. Nous notons que des corrections et des précisions ont été apportées concernant les mesures suivantes :

- Prescription 2 : Transmettre les diplômes de la directrice de l'établissement.
- Prescription 4 : Transmettre la dernière évaluation externe réalisée par l'établissement.
- Prescription 6 : Revoir la politique de déclaration des EI/EIG.
- Prescription 7 : Mettre en place une véritable politique de lutte contre l'absentéisme.
- Prescription 9 : Assurer que la commission de coordination gériatrique de l'établissement se rassemble annuellement.
- Prescription 10 : Mettre en conformité les délais de réévaluation des contentions dans tous les documents de l'établissement pour garantir une réévaluation régulière des contentions prescrites.
- Recommandation 3 : Compléter le plan bleu.
- Recommandation 4 : Formaliser une procédure d'astreinte pour la direction ainsi que pour les astreintes médicales.
- Recommandation 5 : Développer la culture qualité dans l'établissement.
- Recommandation 6 : Revoir la politique de déclaration des EI/EIG.
- Recommandation 8 : Compléter le livret d'accueil.
- Recommandation 10 : Inscrire la traçabilité des médicaments après administration sur la fiche de tâches des AS de nuit.

Elles sont donc retirées. Cependant, au regard de l'ensemble des éléments de réponse apportés, des actions correctrices restent nécessaires.

Aussi, vous vous notifiions à titre définitif 2 injonctions, 4 prescriptions et 6 recommandations que vous trouverez en annexe au présent courrier.

Nous appelons votre attention sur la nécessité de transmettre à la Délégation départementale de Paris de l'ARS IDF [REDACTED] et à la Ville de Paris [REDACTED] les éléments de preuve documentaire permettant la levée définitive de ces décisions et par la plateforme Bluefiles : [REDACTED]. Les tutoriels de dépôt sur Bluefiles, ainsi que la notice relative au RGPD, seront joints par mail à l'établissement.

Nous vous rappelons que l'absence de mise en œuvre, dans le délai imparti, des mesures correctrices enjointes peut être sanctionnée par application des dispositions des articles L. 313-14 et L.313-16 du code de l'action sociale et des familles par l'application de sanctions financières, la mise sous administration provisoire ou la suspension, la cessation ou la fermeture, totale ou partielle, de l'activité de l'établissement.

Un recours contentieux peut être formé devant le tribunal administratif dans les deux mois suivant la réception de la présente notification. Le tribunal administratif peut être saisi par l'application *Télérecours citoyens* accessible sur le site <https://citoyens.telerecours.fr>

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

Pour Le Directeur général
de l'Agence Régionale de Santé Île-de-France
et par délégation

Le Directeur de la Délégation départementale de Paris

[REDACTED]

Ganguy BODIN

Pour la Maire de Paris et par délégation,

PS La Directrice des solidarités
Le Directeur Adjoint des Solidarités

[REDACTED]

Jacques BERGER
Jeanne SEBAN

Copie à :

[REDACTED]
Directrice
EHPAD « Notre Dame des Champs »
49 rue Notre Dame des Champs
75006 Paris



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



ARS
Agence Régionale de Santé
Île-de-France



VILLE DE

PARIS

ANNEXE : Décisions prises dans le cadre du contrôle sur pièces à partir du 17 novembre 2023 au sein de l'EHPAD « Notre Dame des Champs »

Injonctions envisagées	Ref. rapport	Réponse de l'établissement au contradictoire	Décision
1 Faire apparaître la directrice et les petites sœurs dans les documents de suivi du personnel et transmettre leurs fiches de tâches heureées.	Ecart 8 : La directrice et les petites sœurs n'apparaissent pas dans les effectifs. Ecart 10 : Le planning des petites sœurs des pauvres n'apparaît pas et elles ne disposent pas de fiches de tâches heureées. Remarque 5 : La mission de contrôle n'a pas été en mesure d'apprécier le rôle et les missions des Petites Sœurs qui sont présentes dans l'organisation de l'établissement et notamment auprès des résidents.	Réponse de l'établissement : « Les Petites Sœurs ne font pas partie des effectifs, raison pour laquelle elles n'apparaissent pas dans les plannings du personnel. Elles assurent pour autant les fonctions de direction. » Même si les Petites Sœurs ne sont pas salariées, elles effectuent des missions, des tâches au sein de l'établissement et à ce titre il est justifié qu'elles apparaissent sur l'organigramme. La mission s'interroge par ailleurs sur les dispositions prises par l'établissement pour assurer la coordination entre les Petites Sœurs et les salariés de l'établissement. Fournir tout document qui permet d'expliquer cette organisation.	Injonction maintenue pour un nouvel organigramme et les documents indiquant l'organisation de la coordination entre les Petites Sœur et les salariés. Délai : 1 mois.
2 Transmettre les relevés d'appel malade des mois de novembre 2023 et octobre 2024.	Ecart 13 : Aucune information n'a été fournie par l'établissement à propos du système d'appel malade.	« Le dispositif d'enregistrement des relevés des appels malades n'est pas fonctionnel. Un devis a été signé pour l'installation d'un dispositif d'enregistrement. (Cf. PJ devis signé et documentation de présentation). L'installation a été faite le 11 février 2025. »	Injonction maintenue Fournir les indicateurs de suivi des appels malades (notamment le temps de réponse) de mars et avril 2025. Délai : 3 mois

	Prescriptions envisagées	Réf. rapport	Réponse de l'établissement au contradictoire	Décision
1	Compléter le projet d'établissement : -En traitant : des caractéristiques des personnes accueillies, de la personnalisation des projets de vie individualisés (PVI), de la politique de promotion de la bientraitance et de prévention de la maltraitance, du projet d'animation ; -En le présentant au CVS et aux instances représentatives du personnel pour approbation.	Ecart 1 : Le projet d'établissement ne comporte pas tous les points prévus par la réglementation ce qui contrevient à l'article D311-38-3 du CASF. Remarque 3 : Le projet d'établissement 2017-2021 ne porte pas de mention de présentation au CVS, ni aux instances représentatives du personnel.	L'établissement a indiqué que le projet d'établissement était en cours de rédaction.	Prescription maintenue Délai : 6 mois
2	Transmettre les diplômes de la directrice de l'établissement.	Ecart 2 : Les diplômes de la directrice n'ont pas été fournis ce qui contrevient à l'article D312-176-6 du CASF.	L'établissement a indiqué que : « Le Décret 2007-22 du 19 février 2007 précise que pour les établissements de moins de 50 salariés, un diplôme de niveau II suffirait. Cf. En PJ le diplôme IDE de la directrice. »	Prescription retirée
3	Présenter au CVS un bilan des EI et EIG survenus dans la structure ainsi que les actions correctrices mises en place.	Ecart 3 : Le CVS n'est pas informé des EI/EIG, et il n'est pas fait mention des actions correctrices mises en œuvre, ce qui contrevient à l'article R331-10 du CASF.	L'établissement a indiqué que la : « Présentation du bilan des EI/EIG 2023 au CVS d'avril 2024 (Cf. En PJ le CR du CVS d'avril 2024). Intégration à l'ODJ des CVS de la présentation des EI/EIG 1*/an - prochaine présentation en mars 2025 pour EI/EIG de 2024 » Le compte-rendu fourni montre une confusion entre les EI et les réclamations. La mission note qu'il n'y a pas une définition des EI qui les distinguent des réclamations dans la procédure de gestion des EI/EIG. Le compte-rendu ne fait pas mention des actions correctrices entreprises à la suite de ces réclamations et EI.	Prescription maintenue Faire parvenir le prochain compte-rendu de CVS de mars 2025 présentant un bilan des EI/EIG et des actions correctrices mises en place. Faire parvenir une nouvelle version de la procédure de gestion des EI/EIG qui les distingue des réclamations. Délai : 3 mois.

Transmettre la dernière évaluation externe réalisée par l'établissement.	Ecart 4 : L'évaluation externe transmise date d'il y a plus de 5 ans, ce qui contrevient à l'article D312-204 du CASF.	L'établissement a transmis la dernière évaluation externe réalisée les 9 et 11 septembre 2024. Sur une échelle de notation de 1 à 4, l'établissement obtient majoritairement des notes de 3 ou 4, à l'exception d'un principaux critères suivants : - Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés à la connaissance des droits de la personne accompagnée, - La personne accompagnée participe aux instances collectives ou de toutes autres formes de participation, - La personne accompagnée est informée de la suite donnée aux demandes formulées dans le cadre des instances collectives ou à toutes autres formes de participation, - Les professionnels informent, orientent et/ou accompagnent l'entourage vers les dispositifs de prévention, de soutien et de répit existants, - Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés aux activités et approches non médicamenteuses, - Les professionnels recueillent, auprès de l'entourage, des informations sur les manifestations habituelles des douleurs chez la personne accompagnée, - Les professionnels identifient en équipe les questionnements éthiques propres à la personne accompagnée, - Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés au questionnement éthique, - L'établissement organise le questionnement éthique en associant l'ensemble des acteurs et participe à des instances de réflexion éthique sur le territoire, - Les professionnels adaptent le projet d'accompagnement aux risques de dénutrition, malnutrition et/ou des troubles de la déglutition auxquels la personne est confrontée, - Les professionnels adaptent le projet d'accompagnement aux risques de harcèlement ou d'abus de faiblesse auxquels la personne est confrontée, - Les professionnels adaptent le projet d'accompagnement aux risques de radicalisation et/ou de prosélytisme auxquels la personne est confrontée,	Prescription retirée La mission de contrôle attire la direction sur le nombre de critères concernés et lui conseille de les intégrer dans son plan continue d'amélioration de la qualité.
---	--	---	--

			- Les professionnels coconstruisent le projet d'accompagnement en santé mentale avec la personne et le réévaluent régulièrement. - Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés à la prévention et à la gestion du risque médicamenteux. - L'établissement organise des espaces de discussion et de partage pour tous les professionnels et des temps de soutien psychologique et/ou éthique. - Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés à la détection et au signalement de faits de maltraitance et de violence. - Les professionnels analysent en équipe les plaintes et les réclamations et mettent en place des actions correctives.	Prescription maintenue pour • L'analyse des pratiques professionnelles animée par un intervenant extérieur à l'établissement (fournir le contrat de prestation), • Fournir un compte-rendu du COPIL qualité qui aborde les EI et EIG intervenus dans l'établissement et les actions correctives à mettre en place à leur suite, • Transmettre le PACQ actualisé. • Fournir une procédure pour les RETEX des EI et EIG. Délai : 6 mois
5	Développer la culture qualité dans l'établissement : -En mettant en place un COPIL qualité, -En incluant dans le PACQ le résultat des enquêtes de satisfaction, -En mettant en place une analyse des pratiques professionnelles animée par un intervenant extérieur à l'établissement, -En intégrant dans le PACQ les actions correctives à mettre en place à la suite des RETEX.	Remarque 7 : L'établissement n'a pas mis en place de COPIL qualité. Remarque 8 : Le PACQ n'est pas mis à jour à la suite des enquêtes de satisfaction internes. Remarque 9 : Aucune analyse des pratiques professionnelles animée par un intervenant extérieur n'est mise en place. Remarque 11 : La procédure fournie par l'établissement pour les RETEX ne mentionne pas que les actions correctives déterminées lors des RETEX doivent permettre la mise à jour du PACQ.	L'établissement a indiqué : « -Cf. En PJ les CR des COPIL mis en place depuis décembre 2023 - Cf. En PJ procédure RETEX PAQ en cours d'actualisation Analyse de pratiques professionnelles à mettre en place ». Les comptes rendus de COPIL Qualité fournis n'abordent pas les EI et EIG intervenus dans l'établissement ni les actions correctives entreprises à leur suite. Le document « procédure RETEX » transmis est vide (page blanche).	Prescription maintenue pour • L'analyse des pratiques professionnelles animée par un intervenant extérieur à l'établissement (fournir le contrat de prestation), • Fournir un compte-rendu du COPIL qualité qui aborde les EI et EIG intervenus dans l'établissement et les actions correctives à mettre en place à leur suite, • Transmettre le PACQ actualisé. • Fournir une procédure pour les RETEX des EI et EIG. Délai : 6 mois

6	Revoir la politique de déclaration des EI/EIG de l'établissement en : -Mettant à jour la procédure de déclaration, -Complétant la procédure de gestion des EIG pour inclure l'obligation de déclaration des situations de violence, de harcèlement sexuel, d'agression et de maltraitance aux autorités compétentes, -En assurant la déclaration de tous les EIG aux autorités de tutelles (ARS et Ville de Paris), -En mettant en place des RETEX après la survenue d'un EIG dans l'établissement.	Ecart 5 : La procédure de gestion 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. Ecart 6 : Aucun EIG n'a été déclaré à l'ARS ou à la Ville de Paris et, sur la procédure de l'établissement, cette dernière ne figure pas dans la liste des autorités qui doivent être destinataires de ces déclarations. Ecart 7 : L'établissement n'a fourni aucun RETEX d'EIG. Remarque 10 : La procédure de déclaration des EIG n'a pas été actualisée depuis 2019 et n'a pas été élargie ou signée.	La procédure actualisée de gestion des EI/EIG a été transmise. Celle-ci est détaillée et rappelle la nécessité de déclarer, la protection du déclarant, les principes et définitions. La procédure est détaillée par étape pour accompagner le déclarant. La mission de contrôle attire l'attention de la direction sur l'absence des 11 motifs dans la procédure qui donnent lieu à déclaration obligatoire aux tutelles (ARS & Ville de Paris). (Cf. arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales) Un EIG et son RETEX ont été transmis.	Prescription retirée
7	Mettre en place une véritable politique de lutte contre l'absentéisme.	Ecart 9 : L'absentéisme au sein de l'établissement est très élevé et fragilise à la fois l'équipe et la prise en charge des résidents.	L'établissement fait valoir un taux d'absentéisme de % en 2022 et % en 2021 avec des médianes de 12,01% (médiane départementale) ; de 12,21% (médiane régionale) et de 11,94% (médiane nationale).	Prescription retirée
8	Actualiser la prise en charge des PAI dans l'établissement pour s'assurer : -Que chaque résident dispose d'un PAI à jour et révisé annuellement, -Que les résidents soient sensibilisés au projet d'accompagnement personnalisé et accompagnés dans son élaboration.	Ecart 11 : Un nombre important de PAI ne sont pas mis à jour. Ce qui ne permet pas de garantir une prise en charge individualisée, cela contrevient à l'article L.311-3, 3° du CASF. Remarque 19 : La liste remise d'élaboration des PAI montre un	L'établissement a fourni un planning qui programme la révision de 37 PAI pour 2024 et a indiqué que le protocole PAI est en cours de mise à jour.	Prescription maintenue Pour la mise à jour annuelle dans le protocole PAI Fournir un nouveau protocole PAI mis à jour (Rq 20).

	-Transmettre un planning de mise à jour des PAI.	nombre de refus importants (6 sur 64 résidents) Remarque 20 : Le protocole fourni ne mentionne pas la mise à jour annuelle des PAI.	Délai : 1 mois
9	Assurer que la commission de coordination gériatrique de l'établissement se rassemble annuellement, conformément à la réglementation. Transmettre le compte rendu de la commission gériatrique de 2024.	Ecart 12 : En l'absence de transmission d'autre compte-rendu que celui de 2019, la mission ne peut s'assurer que la commission de coordination gériatrique se réunit annuellement ce qui contrevient à l'article D312-158, 3° du CASF.	Prescription retirée
10	Mettre en conformité les délais de réévaluation des contentions dans tous les documents de l'établissement pour garantir une réévaluation régulière des contentions prescrites.	Ecart 14 : L'annexe au contrat de séjour sur la liberté d'aller et venir indique un délai de réévaluation des contentions bien supérieur à celui indiqué dans la procédure d'évaluation et de maîtrise des contentions.	Prescription retirée

	Recommandations envisagées	Réf. rapport	Réponse de l'établissement au contradictoire	Décision
1	Transmettre le projet spécifique pour l'hébergement temporaire de l'établissement.	Remarque 1 : Le projet spécifique pour l'hébergement temporaire n'a pas été transmis.	L'EHPAD a indiqué que le « Le projet d'établissement est en cours de réécriture »	Recommandation maintenue
2	Compléter le règlement de fonctionnement en traitant de l'accueil des nouveaux professionnels et de l'évaluation des pratiques professionnelles. Transmettre le document.	Remarque 2 : L'accueil des nouveaux professionnels et l'évaluation des pratiques professionnelles ne sont pas traités dans le règlement de fonctionnement	Pas de réponse de l'établissement sur ce point.	Recommandation maintenue

3	Compléter le plan bleu de l'établissement en ajoutant : -La procédure de préparation et de gestion d'une évacuation de l'établissement, -La procédure de rappel du personnel, massifs, -La procédure de gestion des décès -La procédure pour la mise en place du retour d'expérience (RETEX) et de mise à jour du plan bleu. Transmettre le document.	Remarque 4 : Le plan bleu est à compléter pour être en accord avec l'instruction ministérielle 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.	L'établissement a bien transmis les procédures demandées.	Recommandation retirée
4	Formaliser une procédure d'astreinte pour la direction ainsi que pour les astreintes médicales.	Remarque 6 : Il n'y a pas de procédure d'astreintes formalisée pour la direction et les astreintes médicales.	Réponse de l'établissement : « Il n'y a pas de calendrier/planning de permanence/astreinte de Direction, dans la mesure où : les ● Petites Sœurs qui composent le Conseil de l'Etablissement vivent, à demeure, sur l'Etablissement, 7 jours sur 7, 24 heures sur 24. » Et L'établissement a fourni une procédure pour le « FONCTIONNEMENT DE L'ASTREINTE INFIRMIERE DE NUIT »	Recommandation retirée
5	Expliquer le nombre élevé de sorties de personnels de l'établissement en 2021 et 2022.	Remarque 12 : Le nombre élevé de sorties de salariés entre 2021 et 2022 n'est pas expliqué	L'établissement a fourni une analyse des sorties de personnels en 2021 et 2022. Outre la période de Covid, l'établissement apporte plusieurs réponses à cette rotation du personnel, sans interroger le fonctionnement global.	Recommandation retirée
6	Transmettre la liste des recrutements faits en 2023.	Remarque 13 : L'établissement n'a pas transmis l'ensemble des recrutements qui ont été effectués par intérim sur l'année écoulée.	La liste des recrutements 2023 a été transmise, le nombre de départs est encore important et ne permet pas une stabilisation de l'équipe.	Recommandation retirée

7	Inscrire au plan de développement des compétences des formations portant sur : -L'hygiène bucco-dentaire, -La nutrition, -La fin de vie, -Les formations diplômantes pour les professionnels de l'établissement.	Remarque 14 : Le plan de développement des compétences ne permet pas un accompagnement complet du résident, il n'y a pas de formations sur l'hygiène bucco -dentaire, la nutrition, la fin de vie, ni de formation diplômante.	Les formations ont été inscrites au plan de plan de développement des compétences 2025 sauf les formations diplômantes.	Recommandation maintenue pour les formations diplômantes
8	Compléter le livret d'accueil en incluant des éléments sur le processus d'intégration des nouveaux salariés.	Remarque 15 : La direction n'apporte pas de précisions sur le processus d'intégration des nouveaux salariés dans le livret d'accueil.	Le processus d'intégration des nouveaux salariés a bien été ajouté au livret d'accueil.	Recommandation retirée
9	Assurer le remplacement ou la réorganisation du service pour pallier les personnels.	Remarque 16 : Hormis pour les IDE, les absences ne sont pas systématiquement remplacées et de nombreuses arrivées en retard ou départs anticipés sont dénombrés sur le planning réalisé du mois d'octobre 2023.	Pas de réponse transmise pour ce point.	Recommandation maintenue
10	Inscrire la traçabilité des médicaments après administration sur la fiche de tâches des AS de nuit.	Remarque 17 : La traçabilité de la prise des médicaments la nuit n'est pas précisée dans la fiche de tâches heurées des salariés de nuit.	La traçabilité des médicaments après administration sur la fiche de tâches des AS de nuit a bien été ajoutée.	Recommandation retirée
11	Préciser la nature des évaluations médicales réalisées à l'admission dans la procédure d'admission. Transmettre la procédure.	Remarque 18 : La nature des évaluations médicales réalisées pour l'admission n'est pas présente dans les documents transmis par l'établissement.	L'établissement a transmis une fiche type pour les évaluations médicales réalisées à l'admission. Aucune évaluation de la douleur n'est prévue.	Recommandation maintenue pour l'ajout d'une évaluation de la douleur à l'évaluation médicale réalisée à l'admission.
12	Assurer que chaque résident soit suivi par un médecin traitant.	Remarque 21 : Quatre résidents n'ont pas de médecin traitant.	Pas de réponse de l'établissement sur ce point.	Recommandation maintenue