

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 : Florence PEKAR


Président de l'association NDBS
68, rue des Plantes
75014 Paris

Délégation départementale de Paris
Affaire suivie par : Dalhia ELENGA

Saint-Denis, le **04 FEV, 2025**

Lettre recommandée avec AR
N° 1A 144 145 8312 4

Monsieur le Président,

Comme annoncé dans le courriel du 5 juillet 2024, un contrôle sur pièces de l'EHPAD « Sainte Monique » 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 21 écarts et 13 remarques ont été formulés, parmi lesquels on note les principaux points suivants :

Gouvernance :

- L'établissement n'a pas de médecin coordinateur à la date du contrôle,
- Le plan bleu est incomplet,
- L'établissement ne s'est pas doté d'un plan amélioration continue de la qualité (PACQ),
- La politique de lutte contre la maltraitance est insuffisamment formalisée.

Fonctions supports :

- La composition de l'équipe soignante n'est pas conforme,
- Un glissement de tâches est constaté entre l'équipe soignante et les agents hôteliers,
- Un recours important au personnel en contrat à durée déterminée est observé.

Prise en charge :

- La procédure d'admission ne mentionne pas la participation du médecin coordonnateur à l'admission,
- L'établissement n'a pas transmis d'élément concernant la tenue de commissions gériatriques,
- Au vu des documents transmis, la mission ne peut déterminer si les résidents sont pesés mensuellement et si un suivi de l'état nutritionnel est en place dans l'établissement.

Au regard de l'ensemble des constats réalisés par la mission, nous envisageons de vous notifier 2 injonctions, 12 prescriptions et 3 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]

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,
Le Directeur de la Délégation départementale de Paris

Tanguy BODIN

Pour la Maire de Paris et par délégation,

La Directrice des Solidarités

La Directrice des Solidarités

Jeanne SEBAN

Copie à :

[REDACTED]
Directrice
EHPAD Sainte-Monique
66 rue des Plantes
75014 PARIS



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



Annexe :

Injonctions :

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Ref Rapport	Délai de mise en œuvre
Inj 1 1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	Transmettre les preuves de publication d'annonce de recrutement du médecin coordonnateur (journaux, pôle emploi, internet...).	Articles D312-156 et D312-158 du CASF	Ecart 3 : En l'absence de médecin coordonnateur, l'établissement ne peut assurer les missions de coordination prévues à l'article D.312-158 du CFAS.	Immédiat
Inj 2 2.1-Fonctions support-Gestion des RH	Retirer les agents hôteliers, la lingère et l'animateur éducatif et loisirs de l'équipe soignante.	Article D.312-155-0 II du CASF. Articles L451-1 du CASF et L311-3, 1° du CASF. Article L.311-3 3° du CASF.	Ecart 11 : La composition de l'équipe soignante n'est pas conforme à l'article D.312-155-0 II du CASF. Ecart 15 : Les AS, AES (ex AMP), AVS et agents hôteliers exercent les mêmes missions alors que ces personnels ne disposent pas des mêmes qualifications, ce qui constitue un glissement de tâches. Ecart 14 : L'établissement a fonctionné avec un nombre insuffisant d'aides-soignants diplômés 4 journées en juin 2024 et sans aides-soignants diplômés 7 nuits en juin 2024 ce qui est de nature à remettre en cause la sécurité de la prise en charge des résidents.	Immédiat

Prescriptions :

13 rue du Landy
93200 Saint-Denis
Tél : 01 44 02 00 00
iledefrance.ars.sante.fr

94/96 Quai de la Rapée
75 012 Paris
Tél : 01 43 47 77 77
paris.fr



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



Préc 1	Préc 2	Préc 3
Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence
1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	Se doter d'un projet d'établissement.	Articles L311-8, D311-38, D312-160 & R314-88 1° du CASF.
1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	Rédiger un plan bleu portant sur tous les risques pouvant toucher l'établissement conformément à l'instruction du 28 novembre 2022, notamment : • Procédure de rappel du personnel, de gestion des décès massifs ; • Préparation de gestion d'une évacuation de l'établissement ; • Procédure de mise en place d'un retour d'expérience (RETEX) et de mise à jour du plan bleu.	Instruction ministérielle DGS/VSS2/DGCS/SD3 A/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.
1.3- Gouvernance- Animation et fonctionnement des instances	Assurer la conformité des pratiques relatives au CVS en : • Réunissant le CVS 3 fois par an ; • Présentant les EI/ EIG ainsi qu'un bilan au CVS ; • Transmettant à la mission le règlement intérieur approuvé, • Précisant l'ordre du jour dans les compte-rendu du CVS ; • Présentant au CVS le règlement de fonctionnement de l'établissement pour validation.	Article D.311-16 & R331-10 du CASF.
		Ecart 1 : L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement en cours de validité.
		Ecart 2 : Le plan bleu de l'établissement ne comporte pas certains documents et procédures obligatoires et n'est pas conforme à la réglementation.
		Ecart 4 : Le CVS ne s'est pas réuni 3 fois en 2023.
		Ecart 5 : En ne présentant pas les événements indésirables et les mesures correctrices mises en place au Conseil de la vie sociale, la direction de l'établissement ne respecte pas l'article R331-10 du CASF.
		Remarque 2 : L'ordre du jour n'est pas précisé dans le compte rendu du CVS.



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Ref Rapport	Délai de mise en œuvre
Prec 4 1.4- Gouvernance- Gestion de la qualité	Mettre en place un plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) dans l'établissement et le transmettre à la mission.		Remarque 3 : la mission ne peut s'assurer que le contenu du règlement de fonctionnement a été validé par le CVS.	
Prec 5 1.4- Gouvernance- Gestion de la qualité	Mettre en place une politique formalisée sur la bientraitance et lutte contre la maltraitance en : • Déclinant les procédures relatives à la prévention de la maltraitance décrites dans les documents : procédure de signalement et projet d'établissement ; • Formant l'ensemble du personnel à ces problématiques ; • Complétant le livret d'accueil.	Article L312-8 du CASF L119-1, L311-3, 1° & L313-12-3 du CASF. Instruction DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007 HAS.	Ecart 6 : Aucun plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) n'a été transmis à la mission. Ecart 7 Il n'existe pas de politique formalisée sur la bientraitance et la lutte contre la maltraitance, conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur. Ecart 13 : Le manque d'informations concernant la formation lutte contre la maltraitance, ne permettent pas de conclure à une bonne sensibilisation de l'ensemble des professionnels à ces thématiques. Remarque 4 : Le livret d'accueil ne mentionne pas la politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance.	6 mois 3 mois
Presc 6 1.4- Gouvernance- Gestion de la qualité	Rédiger et mettre en place : • Une procédure dédiée pour la gestion des cas de harcèlement moral ainsi que les cas de	Article L311-3, 1° et L331-8 du CASF. Article 40 du code pénal.	Ecart 8 : L'établissement ne dispose pas de procédure particulière en cas de harcèlement moral et sexuel.	3 mois

13 rue du Landy
93200 Saint-Denis
Tél : 01 41 02 00 00
direction@ars-iledefrance.fr

40, rue de la Halle
75001 Paris
Tél : 01 47 71 11 11
paris.1

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
Presc 7	1.5- Gouvernance- Gestion des risques, des crises et des événements indésirables harcèlement et violence sexuels dans l'établissement ; - Une procédure de signalement aux autorités compétentes en cas d'agression. Mettre en place une politique d'analyse et de suivi des EI/EIG en : - Déclarant systématiquement les EIG aux autorités de tutelle ; - Réalisant une démarche d'analyse et de suivi des EIG ; - Transmettant les RETEX aux autorités de tutelles ; - Instaurant des formations aux sujets de la déclaration des EI/EIG ; - Distinguant les EI et les réclamations ; - Elaborant le bilan à mi-parcours d'inscription dans une démarche de gestion et de suivi des événements figurant au CPOM, et en le transmettant à la mission.	Articles L331-8-1, R331-8 et R331-9 CASF et arrêté du 28 décembre 2016 (déclaration EI/EIG/EIGS à l'autorité R1413-67 à 70 CSP (déclaration et suivi des EIGS.	Ecart 9 : L'établissement ne dispose pas de procédures concernant les cas d'agressions et leurs signalements aux autorités. Ecart 10 : L'établissement ne déclare pas aux autorités compétentes les EIG. Remarque 7 : L'établissement n'a pas fourni de justificatif de mise en œuvre d'une démarche de gestion, suivi et d'analyse des EI. Remarque 8 : L'établissement n'a transmis aucun RETEX malgré la classification de certains EI comme étant « graves ». Remarque 5 : Dans le registre EI EIG et les réclamations, la distinction n'est pas faite entre les EI et les réclamations. Remarque 11 : Les plans de développement des compétences ne comportent pas de formations relatives aux événements indésirables Remarque 6 : Le bilan à mi-parcours d'inscription dans une démarche de gestion et de suivi des événements indésirables,	3 mois

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
Presc 8 2.1-Fonctions support-Gestion des RH	Mettre en place une politique de stabilisation et de fidélisation de l'équipe conformément au second objectif du CPOM en : - Engageant des actions pour fidéliser les professionnels, - Menant une réflexion sur les motifs d'absentéisme récurrent.	Article L.311-3 3° du CASF	évoqué au CPOM, n'a pas été transmis à la mission. Ecart 12 : En ayant recours de manière importante aux personnels en CDD, la direction de l'établissement ne pourvoit pas de manière durable et permanente certains postes de soignants, ce qui est de nature à remettre en cause la sécurité de la prise en charge des résidents Remarque 9 : Le personnel en CDD manque de stabilité, ce qui est de nature à contrevenir à la sécurité des résidents Remarque 10 : L'absentéisme de longue durée du personnel est récurrent.	6 mois
Presc 9 3.1-Prise en charge- Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Compléter le contrat de séjour en : - Fournissant à la mission la preuve du consentement du résident ou de la personne de confiance concernant l'attribution d'un médecin traitant, - Complétant le contrat de séjour en mentionnant le libre choix du médecin traitant. - Rajoutant la mention sur le droit des résidents d'aller et venir.	Article L1110-8 du CSP et articles L311-3 1° & L311-4-1 du CASF.	Ecart 16 : Un médecin traitant est affecté au résident, s'il n'en a pas à son admission ce qui contrevient au droit du libre choix de son médecin traitant. Ecart 19 : Le contrat de séjour ne contient pas d'annexe relative aux mesures d'exercice de la liberté d'aller et venir.	3 mois

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
Presc 10 3.1-Prise en charge- Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Fournir la preuve de la tenue de la commission gériatrique.	Article D. 312-158-3 du code de l'action sociale et des familles	Ecart 18 : Il n'y a pas d'éléments prouvant la tenue d'une commission de coordination gériatrique.	6 mois
Presc 11 3.1-Prise en charge- Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Sécuriser la procédure d'admission et la prise en charge du résident en prévoyant l'avis du médecin coordonnateur lors de chaque nouvelle admission.	Article D312-158 2° CASF.	Ecart 17 : La procédure d'admission ne prévoit pas que le médecin coordonnateur donne son avis au moment de l'admission.	3 mois
Presc 12 3.8-Prise en charge-Soins	Améliorer la prise en charge médicale du résident en : - Mettant en place une évaluation régulière de la douleur pour chaque résident et à minima une fois par an. - Apportant la preuve des mesures prises pour lutter contre la dénutrition des résidents.	Article L311-3 3° CASF.	Ecart 20 : Le protocole de lutte contre la douleur ne permet pas à la mission de s'assurer qu'il y a une évaluation régulière de la douleur et à minima une fois par an par résident. Ecart 21 : Au vu des documents transmis, la mission ne peut déterminer si les résidents sont pesés mensuellement et si un suivi de l'état nutritionnel est en place dans l'établissement.	1 mois

Recommandation :



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



VILLE DE
PARIS

Thèmes et Sous-Thème IGAS		Mesure envisagée	Ref Rapport
Reco 1	1.3-Gouvernance-Animation et fonctionnement des instances 2-1	Actualiser les outils de suivi du personnel pour assurer la cohérence des informations.	Remarque 1 : Tous les ETP ne sont pas inscrits dans l'organigramme.
Reco 2	2.1-Fonctions support-Gestion des RH	Etablir des fiches de tâches heurée par métier, précisant les tâches à accomplir et les conduites à tenir.	Remarque 13 : Les conduites à tenir, la marge d'initiative et les limites en cas d'évènement inattendu ne sont pas mentionnées dans les frises organisationnelles.
Reco 3	2.1-Fonctions support-Gestion des RH	Etablir des plannings différents pour chaque catégorie de personnel.	Remarque 12 : les plannings manquent de clarté.

