

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
Courriel : [redacted]

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

Madame [redacted]
Présidente de l'Association Monsieur Vincent
77 rue de Reuilly
75012 Paris

Paris, le 30 AVR. 2025

Lettre recommandée avec AR

N° 1A 124 813 0796 4

Madame la Présidente,

Comme annoncé dans le courriel du 19 juillet 2024, un contrôle sur pièces de l'EHPAD « Antoine PORTAIL » 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.

La mission de contrôle a constaté qu'un certain nombre de points répondaient aux attendus tant en matière de respect de la réglementation que de mise en œuvre de bonnes pratiques professionnelles, notamment :

- Un très bon taux d'occupation,
- Une forte présence de résidents en GIR 1 à 3 (plus de 75 %),
- La présence d'un trio de tête stable,
- Un projet d'établissement et un règlement de fonctionnement complets,
- La mise en place du Conseil de la Vie Sociale (CVS),
- Le suivi et le traitement des réclamations,
- La diffusion d'enquêtes de satisfaction,
- La mise en place d'un Plan d'Amélioration Continue de la Qualité,
- La promotion d'une politique de bientraitance,
- Une offre de formation étendue,
- Une procédure d'admission claire et structurée,
- Un livret d'accueil du résident qui présente l'ensemble de ses droits,
- La mise en œuvre de projets d'accueil individualisés,
- Un suivi régulier de la dénutrition,
- Un protocole complet de prise en charge de la fin de vie.

La mission de contrôle a également constaté des dysfonctionnements puisqu'elle relève 23 écarts et 23 remarques, parmi lesquels on note les principaux points suivants :

Gouvernance :

- Améliorer les règles de fonctionnement du CVS,
- Présenter les mesures correctives des EI/EIG en CVS,
- Consolider la politique de suivi et traitement des EI/EIG,

- Compléter les procédures par la prise en compte des situations de violences ou de harcèlements sexuels et de traitement des situations de maltraitance.

Fonctions support :

- Disposer d'une présence infirmière suffisante pour sécuriser les soins,
- Renforcer l'équipe de nuit en aides-soignants,
- Réaliser des fiches de tâches hebdomadaires différenciées pour les membres de l'équipe soignante,
- Former au repérage de la maltraitance, la prise en charge de la douleur, les troubles du comportement et les troubles sensoriels,
- Garantir la stabilité de l'équipe soignante.

Prise en charge :

- Préciser les évaluations pratiquées en équipe pluridisciplinaire à l'entrée,
- Pratiquer le réexamen annuel des projets d'accompagnement individualisés,
- Assurer le suivi et la réévaluation régulière des contentions,
- Assurer une évaluation systématique de la douleur,
- Sécuriser la traçabilité de la prise médicamenteuse,
- Clarifier le circuit du médicament et les responsabilités respectives des soignants.

Au regard de l'ensemble des constats réalisés par la mission, nous envisageons de vous notifier 2 injonctions, 11 prescriptions et 9 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] et ars-dd75-medico-social@ars.sante.fr et dsol-autonomie-inspection@paris.fr.

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, Madame la Présidente, 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 signature]

Pour la Maire de Paris et par délégation,

Le Directeur Adjoint des Solidarités

[redacted signature]
J. [redacted] ER

Copie à :

Madame [redacted]
Directrice EHPAD « Antoine PORTAIL »
88 rue du Cherche-Midi,
75006 Paris



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



Annexe : Mesures envisagées dans le cadre du contrôle sur pièces de l'EHPAD « Antoine PORTAIL » réalisé à partir du 19 juillet 2024

Injonctions :

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
Inj 1 2.1-Fonctions support-Gestion des RH	Mettre en œuvre une procédure de recrutement d'infirmiers en contrat à durée indéterminée et en apporter la preuve.	Article L.311-3 1° & 3° du CASF	Écart 11 : L'effectif d'IDE est insuffisant au regard des besoins de prises en charge en soins des résidents.	Immédiat
Inj 2 2.1-Fonctions support-Gestion des RH	Mettre fin aux glissements de tâches au sein de l'équipe soignante en : - S'assurant du recrutement de professionnels qualifiés, - Distinguant les tâches des aides-soignants des tâches des accompagnants éducatifs et sociaux (ex AMP), - notamment du soin, - Précisant les fonctions de l'agent hôtelier et de l'agent de service de nuit, Et en apporter la preuve.	Articles L.4391-1 et R.4311-1 du CSP, L.311-3 1° & 3°, L.451-1, D.312-155-02° et D.451-88 & 89 du CASF	Écart 18 : Les conditions de fonctionnement de l'équipe soignante ne permettent pas de s'assurer qu'il n'existe pas de glissement de tâches au sein de l'équipe soignante. Écart 19 : La réalisation de tâches relevant du domaine du soin par des professionnels non diplômés et non formés contrevient aux articles L.311-3- 1° & 3° et D.312-155-0 du CASF. Remarque 16 : La fiche de tâches horaires est commune pour les aides-soignants, les accompagnants éducatifs et sociaux et les AMP.	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 plan bleu de l'établissement en rédigeant les procédures suivantes :	Instruction interministérielle N° DGS/SS2/DGCS/S D3A/2022/258 du 28 novembre 2022	Ecart 1 : Le plan bleu transmis par l'établissement n'est pas complet au regard des textes en vigueur.	6 mois

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

94/98 Quai de la Rapée
75 012 Paris
Tél : 01 43 47 77 77
paris.fr

Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Ref Rapport	Délai de mise en œuvre
Presc 2	1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	- Procédure en cas de rupture de flux (électricité, eau potable, ...) en prenant en compte le DARDE, - Procédure de gestion des décès massifs, - Procédure pour la mise en place du retour d'expérience (RETEX) et de mise à jour du plan	relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) Article R.4311-52 du CSP	1 mois
Presc 3	1.3-Gouvernance- Animation et fonctionnement des instances	S'assurer de l'inscription à l'Ordre du cadre infirmier et en apporter la preuve. Mettre en conformité à la réglementation l'organisation des conseils de la vie sociale en : - Convoquant les membres dans les délais de 15 jours avec précision de l'ordre du jour, - Précisant l'appartenance au collège des membres présents, titulaires ou suppléants, et s'ils sont de droit ou avec voix consultative, - Désignant un secrétaire de séance, - Mentionnant les résultats des votes pour les points soumis à consultation, - Présentant les actions correctives des EI et EIG du bilan.	Écart 2 : L'IDEC de l'établissement n'est pas inscrit à l'Ordre National des Infirmiers ce qui contrevient à l'article R.4311-52 du CSP. Écart 3 : La non convocation des membres avec précision de l'ordre du jour dans un délai de 15 jours avant le CVS contrevient à l'article D 311-16 du CASF. Écart 4 : L'absence d'information relative à la représentation des personnes accompagnées et des familles au CVS ne permet pas de vérifier que les avis sont valablement émis. Écart 5 : L'absence de désignation d'un secrétaire de CVS par et parmi les personnes accompagnées contrevient à l'article D311-20 du CASF. Écart 6 : Les résultats des points soumis à vote des membres du CVS ne sont pas précisés dans les comptes rendus.	Prochain CVS

Thèmes et Sous- Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Ref Rapport	Délai de mise en œuvre
	Et fournir les convocations et comptes rendus qui en apportent la preuve.		Remarque 3 : La présentation des EI et EIG sous forme de bilan annuel au CVS ne permet pas de s'assurer que les actions correctrices sont mises en œuvre et présentées.	
Presc 4	1.4-Gouvernance- Gestion de la qualité	Actualiser les références relatives à la liste des personnes qualifiées dans le livret d'accueil.	Écart 7 : Les références utilisées dans le livret d'accueil relatives à la liste des personnes qualifiées ne sont pas actualisées.	1 mois
Presc 5	1.4-Gouvernance- Gestion de la qualité	Rédiger des procédures spécifiques relatives : - Aux situations de violence ou de harcèlements sexuels, - Au traitement des situations de maltraitance à l'égard des résidents.	Écart 8 : Il n'y a pas de procédure spécifique aux situations de violence ou de harcèlements sexuels. Écart 9 : L'établissement n'a pas fourni de procédure relative au traitement des situations de maltraitance à l'égard des résidents.	3 mois
Presc 6	1.5-Gouvernance- Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Consolider la pratique de déclaration des dysfonctionnements, Événements Indésirables et Événements Indésirables Graves en : - Déclarant systématiquement aux autorités administratives compétentes, - Veillant strictement à la classification de ces événements, - Complétant la procédure de déclaration par la mention de l'obligation de signalement au procureur, - Réalisant et transmettant autant que nécessaire les Retex.	Écart 10 : En ne déclarant pas systématiquement aux autorités administratives compétentes les dysfonctionnements graves, l'établissement contrevient à L. 331-8-1 et R.331-8 du CASF. Remarque 5 : La procédure de gestion des EI/EIG ne mentionne pas l'obligation de signalement au Procureur lorsqu'il s'agit d'une suspicion de maltraitance, de situations de violences, de harcèlements sexuels ou de situations d'agression. Remarque 7 : Seul un seul RETEX a été transmis lors du présent contrôle alors que deux EIG ont été mentionnés.	3 mois

Thèmes et Sous-Thème (GAS)	Mesure envisagée	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
Presc 7 2.1-Fonctions support-Gestion des RH	Renforcer l'équipe soignante et revoir son organisation afin de permettre la présence : - de deux IDE le week-end, - de deux IDE systématiquement en journée, - de trois professionnels de nuit, dont deux aides-soignants.	Article L.311-3 1° & 3° du CASF	Remarque 8 : Des mauvais classements d'EI ont été constatés à la lecture de la liste des EI 2023-2024. Écart 12 : La programmation de la présence d'une seule IDE chaque Week-end ne permet pas de garantir la sécurité des soins pour les personnes accompagnées. Écart 13 : L'insuffisance régulière du nombre d'IDE présentes ne permet pas de garantir la sécurité et la qualité des soins aux résidents. Écart 14 : L'insuffisance d'Aide-Soignant de nuit ne permet pas de garantir la sécurité et la qualité des soins aux résidents la nuit.	6 mois
Presc 8 3.8-Prise en charge-Soins	Sécuriser la distribution et l'administration des médicaments en : - traçant systématiquement l'administration dans le logiciel de soins, - réservant la distribution par délégation aux seuls aides-soignants, - complétant la procédure de délégation d'administration des médicaments pour indiquer clairement les actes que doivent accomplir les aides-soignants, - Transmettant les supports de formation des AS à la distribution et l'administration des médicaments et la liste des AS habilités.	Articles R4311-5 du CSP, L.311-3 1° & L313-26 du CASF	Écart 15 : Une fois l'administration des médicaments réalisée par les AS, il n'est pas précisé qui assure la traçabilité dans TITAN. Écart 16 : La Mission ne peut déterminer si les aides-soignants diplômés autorisés à distribuer les médicaments ont reçu une formation délivrée par l'infirmière. Écart 22 : Le protocole de délégation d'administration transmis ne contient pas le détail des actes à accomplir et des vigilances à avoir pour les AS en cas de délégation d'administration	



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



VILLE DE
PARIS

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Ref Rapport	Délai de mise en œuvre
Presc 9 2.1-Fonctions support-Gestion des RH	Réserver les toilettes au lit aux seuls aides-soignants diplômés.		Écart 17 : La réalisation de toilette par des AES ou AMP et non d'aide à la toilette de résidents contrevient à l'article L.311-3 du CASF.	
Presc 10 3.8-Prise en charge-Soins	Améliorer la prise en charge des résidents en : - précisant les évaluations pratiquées en équipe pluridisciplinaire à l'entrée du résident, - réalisant un suivi et une réévaluation des contentions, - réalisant un bilan des contentions dans le RAMA, - réalisant systématiquement des évaluations de la douleur.	Articles L.1110-5, L.1112-4, R.4311-2 5° du CSP et R.311-0-7 du CASF	Écart 20 : Il n'est pas précisé les évaluations pratiquées en équipe pluridisciplinaire à l'entrée du résident. Écart 21 : L'absence de suivi et de réévaluation des contentions contreviennent aux dispositions de l'article R311-0-7 du CASF. Erreur 1 Signet non défini. Écart 23 : Le RAMA 2023 indique que seuls 61 résidents ont bénéficié d'une évaluation de la douleur. Remarque 21 : Aucun bilan, ni analyse n'est rédigé dans le RAMA au sujet des contentions. Remarque 23 : La procédure de dépistage et de lutte contre la douleur ne précise pas qu'en cas d'absence de douleur évoquée ou constatée, une évaluation par an sera réalisée.	
Presc 11 2.1-Fonctions support-Gestion des RH	Sécuriser la prise en charge des résidents en : - renforçant et stabilisant l'équipe soignante, - vérifiant systématiquement les qualifications des professionnels en contrat court ou en intérim.		Remarque 11 : L'instabilité de l'équipe soignante ne favorise pas la prise en charge individualisée des résidents. Remarque 15 : Les documents transmis à la mission contrôle ne permettent de s'assurer que les contractuels recrutés pour remplacer du personnel soignant ont bien le diplôme requis pour exercer leurs tâches.	

Recommandations :

Thèmes et Sous-Thème IGAS		Mesure envisagée	Ref Rapport
Reco 1	1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	Faire signer le projet d'établissement par le gestionnaire.	Remarque 1 : Le projet d'établissement n'est pas signé par l'organisme gestionnaire.
Reco 2	1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	Faire apparaître les liens hiérarchiques et fonctionnels dans l'organigramme.	Remarque 2 : L'organigramme de l'établissement ne fait pas ressortir les liens hiérarchiques et fonctionnels.
Reco 3	1.5-Gouvernance- Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Compléter le plan de développement des compétences en inscrivant des formations relatives : - A la démarche qualité, - A la déclaration des EI/EIG, - Au repérage de la maltraitance, - A la prise en charge de la douleur, - A la prise en charge des troubles du comportement, - A la prise en charge des troubles sensoriels, Et apporter la preuve des professionnels qui ont suivi ces formations.	Remarque 4 : Une formation à la démarche qualité dispensée à l'ensemble des professionnels est annoncée en CVS et ne donne pas lieu à inscription dans le plan de développement des compétences. Remarque 6 : Le plan de développement des compétences 2024 et 2025 ne prévoient pas de formation sur la déclaration des EI/EIG contrairement à la mention du PACQ 2024. Remarque 12 : La Mission de contrôle ne peut s'assurer que les plans de développement des compétences présentés sont mis en œuvre et si tous les professionnels ont accès aux actions de formation. Remarque 13 : L'établissement ne propose pas de formation au repérage de la maltraitance, la prise en charge de la douleur, aux troubles du comportement et aux troubles sensoriels.
Reco 4	2.1-Fonctions support-Gestion des RH	Revoir les documents de suivi des ressources humaines afin d'avoir une vision claire de l'état des effectifs et des postes vacants.	Remarque 9 : Le taux d'ETP annoncé ne correspond pas à celui de l'EPRD 2023. Remarque 10 : Les documents communiqués à la Mission de Contrôle ne permettent pas d'avoir une vision exacte de la situation RH de l'établissement.

Thèmes et Sous-Thème IGAS		Mesure envisagée	Ref Rapport
Reco 5	2.1-Fonctions support-Gestion des RH	Apporter la preuve que l'établissement met régulièrement en place un groupe d'analyses de pratiques avec un intervenant externe.	Remarque 17 : Il est fait référence à une IPA dans la fiche de tâches heureées des IDE. Ce poste n'est mentionné ni dans l'organigramme ni dans le RUP 2023.
Reco 6	3.1-Prise en charge-Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Procéder à la réévaluation des PAI tous les ans et en apporter la preuve.	Remarque 14 : Aucun document n'a été communiqué à la Mission de contrôle permettant de s'assurer de la mise en œuvre des groupes d'analyses de pratiques professionnelles.
Reco 7	3.1-Prise en charge-Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Inciter les médecins traitants à tracer leurs prescriptions dans le logiciel de soins.	Remarque 18 : Tous les PAI n'ont pas été réévalués en 2023.
Reco 8	3.2-Prise en charge-Respect des droits et des personnes	Compléter le livret d'accueil du résident par la charte des droits et libertés de la personne accueillie et la charte de la personne âgée dépendante.	Remarque 19 : La totalité des médecins qui interviennent dans l'établissement ne tracent pas leur prescriptions dans le logiciel de soins.
Reco 9	3.8-Prise en charge-Soins	Réactualiser la convention entre l'EHPAD et l'officine, notamment sur le circuit du médicament.	Remarque 20 : Le livret d'accueil ne mentionne pas la charte des droit et libertés de la personne accueillie et la charte de la personne âgée dépendante.
			Remarque 22 : La convention EHPAD – officine de 2017 n'est plus en cohérence avec la procédure pour le circuit du médicament de 19 juin 2024, notamment sur les livraisons.

