



**RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



**Direction de l'Autonomie  
Agence régionale de santé d'Île-de-France**

Affaire suivie par [REDACTED]

Courriel : [REDACTED]

[REDACTED]  
Croix-Rouge Française  
21 rue de la Vanne  
92120 MONTROUGE

**Lettre recommandée avec AR**  
**2C 197 235 1948 5**

Saint-Denis, le [REDACTED]

Objet : lettre de décisions - Inspection du [REDACTED] au sein de l'EHPAD Stéphanie.

Madame la Présidente,

Dans le cadre du plan national d'inspection et de contrôle des EHPAD, une inspection diligentée sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF) a eu lieu le [REDACTED] au sein de l'EHPAD Stéphanie, 1 rue Bordin 78500 Sartrouville (FINESS géographique : 780702676).

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 [REDACTED] le rapport que nous a remis la mission d'inspection, ainsi que 21 prescriptions et 20 recommandations que nous envisageons de vous notifier.

Vous nous avez transmis le [REDACTED] des éléments de réponse détaillés, ce dont nous vous remercions. Nous notons que des corrections ont été apportées et que certains points sont en cours d'amélioration.

Cependant, au regard de l'ensemble des éléments de réponse apportés, des actions correctrices restent nécessaires, en particulier en matière de recommandations dont certaines revêtent une particulière importance en termes d'organisation de la prise en charge médicale (traçabilité des soins).

Aussi, je vous notifie à titre définitif, 8 prescriptions et 13 recommandations maintenues en annexe du présent courrier.

Nous appelons votre attention sur la nécessité de transmettre à la Direction de l'Autonomie de l'ARS Ile-de-France, à [REDACTED] les éléments de preuve documentaire permettant le suivi des mesures correctives et la levée des prescriptions et recommandations.

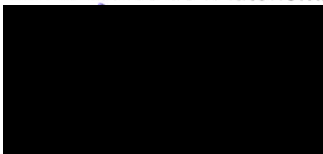
Nous vous rappelons que le constat de l'absence de mise en œuvre de chacune des mesures correctives dans les délais fixés et de persistance des risques ou manquements mis en cause, peut donner lieu, en application des dispositions des articles L. 313-14 et 16 ainsi que R313-25-1 à 3 du code de l'action sociale et des familles (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.

Le présent courrier et le rapport produit à la suite de l'inspection seront publiés sur le site internet de l'Agence (<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/>) dans les jours suivants, dans un objectif de transparence de son action et de reddition de compte des missions de service public que vous assurez. Ceci s'inscrit notamment dans le cadre prévu par le Code des relations entre le public et l'administration (CRPA) avec, en particulier, la protection des données mentionnées en son article L.311-6.

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 Télérécourse citoyens accessible par le site <https://citoyens.telerecours.fr>

Je vous prie d'agréer, Madame la Présidente, l'expression de ma considération distinguée.

Le Directeur général  
De l'Agence régionale de santé  
Île-de-France et par délégation  
La Directrice de l'Autonomie,



Copie à :

EHPAD Stéphanie  
1 rue Bordin  
78500 Sartrouville

**Annexe :** Mesures envisagées dans le cadre de l'inspection réalisée le [REDACTED] au sein de l'EHPAD Stéphanie (FINESS : 780702676)

N°	Prescriptions envisagées	Référence Rapport et constat	Délai de mise en œuvre	Décision
1	Elaborer dans un délai de 9 mois un projet d'établissement afin de se mettre en conformité avec l'article L311-8 du CASF.	Écart 1 : Le projet d'établissement n'est pas à jour, ce qui contrevient à L311-8 du CASF	9 mois	<b><u>Prescription Levée</u></b> Nomination d'un référent qualité/création d'un groupe de travail pour élaboration du PE.
2	Rédiger et intégrer dans le projet d'établissement, dans un délai de 3 mois, un plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique dans le respect de la réglementation (article D312-160 du CASF).	Écart 2 : Le plan bleu n'est pas disponible, ce qui contrevient à L311-8 2ème alinéa CASF	3 mois	<b><u>Prescription Levée</u></b> Plan bleu / Plan de gestion de crise et d'activité mis à jour en [REDACTED], présenté [REDACTED] et envoyé à l'ARS.
3	La directrice de l'établissement, titulaire d'un diplôme de [REDACTED] doit se mettre en conformité avec les dispositions de l'article D312-176-6 du CASF, relatives à la qualification des directeurs.	Écart 3 : En ne justifiant pas de l'effectivité des qualifications requises de la directrice, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article D312-176-6 du CASF, relatives à la qualification des directeurs.	12 mois	<b><u>Prescription Levée</u></b> [REDACTED]
4	Viser à augmenter, dans un délai de 6 mois, le temps de travail du médecin coordonnateur dans le respect de la réglementation (article D312-156 du CASF).	Écart 4 : Le temps de travail du médecin coordonnateur est insuffisant au vu du nombre de places de l'établissement, et en cela, l'établissement ne respecte pas la réglementation prévue à l'article D312-156 du CASF.	6 mois	<b><u>Prescription maintenue</u></b>
5	Initier immédiatement l'inscription du médecin coordonnateur de l'établissement dans une démarche de formation lui permettant de disposer dès que possible des diplômes requis pour exercer ses missions	Écart 5 : A défaut des qualifications complémentaires nécessaires à l'exercice des missions de médecin-coordonnateur, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article D312-157 du CASF.	Immédiat	<b><u>Prescription maintenue</u></b>

	dans le respect de la réglementation (article D312-157 du CASF).			
6	Veiller à respecter, dans un délai de 3 mois, les dispositions réglementaires (article D311-5 du CASF) en matière de composition du conseil de la vie sociale.	Écart 6 : En ne disposant pas d'un représentant de l'organisme gestionnaire, la composition du conseil de la vie sociale n'est pas conforme à l'article D311-5 du CASF.	3 mois	<b><u>Prescription Levée</u></b> Désignation de [REDACTED] en tant que représentant de l'organisme gestionnaire.
7	Mettre en place un pilotage institutionnel de la politique qualité au sein de l'établissement afin de définir et rédiger un plan d'actions en matière d'amélioration continue de la qualité.	Écart 7 : Le plan d'actions en matière d'amélioration continue de la qualité n'a pas été transmis à la mission d'inspection ce qui contrevient à l'article L.312-8 du CASF.	6 mois	<b><u>Prescription Levée</u></b> Transmission du [REDACTED]
8	Mettre en place, dans un délai de 3 mois, un suivi de l'évaluation interne reposant sur une démarche continue d'amélioration de la qualité tel que prévu par la réglementation (article L311-3 du CASF).	Écart 8 : En ne mettant pas en place un suivi de l'évaluation interne reposant sur une démarche continue d'amélioration de la qualité, retracée chaque année dans le rapport d'activité, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article D312-203 du CASF.	3 mois	<b><u>Prescription Levée</u></b> Transmission du [REDACTED]
9	Conduire une réflexion portant sur les risques spécifiques à l'établissement en prenant en compte les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM/HAS et notamment « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance.	Écart 9 : La politique de lutte contre la maltraitance n'est pas développée ni structurée au sein de l'établissement ce qui contrevient à l'article L.311-3, 1° du CASF (respect de la dignité, l'intégrité, la vie privée, l'intimité, la sécurité, le droit d'aller et venir de l'usager) ainsi qu'à la circulaire relative à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance du 20 février 2014.	3 mois	<b><u>Prescription Levée</u></b> Formations de [REDACTED] sensibilisations réalisées [REDACTED]
10	Proposer à l'ensemble du personnel de l'établissement impliqué dans le circuit du médicament des formations spécifiques.	Écart 10 : La procédure de déclaration des EI n'inclut pas de conduite à tenir en cas d'EI liés à la prise en charge médicamenteuse et n'est pas connue des professionnels ce qui contrevient à l'article L.331-8-1 du CASF.	3 mois	<b><u>Prescription maintenue</u></b>
11	Mettre en place un dispositif de recueil, de traitement et d'analyse des événements indésirables formalisé et opérationnel en prenant en compte les recommandations de bonnes pratiques de L'ANESM/HAS.	Écart 11 : 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 ce qui contrevient aux articles L.331-8-1 et R.331-8 et 9 du CASF.	3 mois	<b><u>Prescription Levée</u></b> Un tableau des EI a été mis en place début [REDACTED]

12	Élaborer un plan de formation continue du personnel de l'établissement dans le respect des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM/HAS et élaborer une stratégie de formation et de développement des connaissances professionnelles du personnel afin de lui permettre de s'adapter au mieux et en permanence à l'évolution des besoins des résidents accueillis au sein de l'établissement.	Écart 12 : Les documents relatifs au plan de formation ne sont pas suffisamment individualisés à l'échelle de l'EHPAD Stéphanie et ne comportent pas de bilans en fin d'exercice. En ne mobilisant pas les moyens propres à assurer la formation continue et le soutien permanent des professionnels, le directeur ne respecte pas les dispositions de l'article D344-5-10 du CASF.	6 mois	<b><u>Prescription maintenue</u></b>
13	Élaborer, dans un délai de 6 mois, pour chaque résident accueilli un projet d'accompagnement individualisé, dans le respect de la réglementation (article L311-3 3° du CASF).	Écart 13 : L'absence de projets individualisés contrevient aux dispositions de l'article L311-3 3° du code de l'action sociale et des familles.	6 mois	<b><u>Prescription Levée</u></b>
14	Élaborer pour chaque résident accueilli dans l'établissement un dossier de liaison d'urgence dans le respect des recommandations de bonnes pratiques.	Écart 14 : Les dossiers médicaux (version papier et PC) ne contiennent pas de VSM et les DLU renseignent insuffisamment sur l'état de santé des résidents ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF.	6 mois	<b><u>Prescription maintenue</u></b>
15	Garantir le bon fonctionnement du système d'appel malade.	Écart 15 : Le système d'appel malade apparaît défaillant avec un risque pour la sécurité des résidents ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF.	3 mois	<b><u>Prescription maintenue</u></b>
16	Mettre à disposition de tous les résidents de l'établissement ou de leurs représentants légaux, dans un délai d'un mois, la liste des personnes qualifiées dans le respect de la réglementation (article L311-5 du CASF).	Écart 16 : L'information des usagers et de leurs familles concernant le dispositif des personnes qualifiées ne respecte pas les dispositions de l'article L311-5 du CASF.	Immédiat	<b><u>Prescription Levée</u></b> Affichages mis en place
17	Elaborer un projet d'animation qui prennent en compte les aptitudes et les besoins des résidents conformément à l'article L 311-3 3° du CASF.	Écart 17 : L'établissement n'a pas de projet d'animation établi. La mission constate que l'organisation de l'animation est insatisfaisante en raison du manque de recueil des attentes, des aptitudes et des besoins des résidents. En cela l'établissement contrevient à l'article L 311-3 3° du CASF.	3 mois	<b><u>Prescription maintenue</u></b>
18	Mettre en place une pesée, au minimum mensuel, de l'ensemble des résidents accueillis dans l'établissement, dans le respect des recommandations de bonnes pratiques (HAS : stratégie de prise en charge	Écart 18 : Un nombre important de résidents présente un fort risque de dénutrition, ce qui contrevient à l'article D.312-158 du CASF et à l'article L.311-3 3° du CASF.	Immédiat	<b><u>Prescription Levée</u></b> Pesée mensuelle le premier week-end du mois (liste préparée le vendredi soir et mise sur les chariots des ■■■■).

	en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée- avril 2007).			Prise de sang à l'entrée prescrite par le [REDACTED] Suivi tous les ans.
19	Renforcer le rôle du médecin-coordonnateur en matière de coordination médicale en lien, notamment, avec le projet de soins et les objectifs de formation des personnels soignants.	Écart 19 : Plusieurs des missions qui incombent réglementairement au MedCo ne sont pas mises en œuvre et la fonction de coordination médicale est insuffisamment investie / D. 312-156 CASF (missions du Medco).	Immédiat	<b><u>Prescription maintenue</u></b>
20	Compléter systématiquement les photos manquantes sur les boîtes nominatives des résidents dans un délai de 1 mois, afin de sécuriser la gestion des médicaments et réduire le risque d'erreur médicamenteuse.	Écart 20 : Certaines photos de résidents sont manquantes sur les boîtes de médicaments ou piluliers, ce qui pourrait augmenter le risque d'erreur médicamenteuse, ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF.	Immédiat	<b><u>Prescription Levée</u></b> Traçabilité sur l'ensemble des boîtes nominatives des résidents avec photos.
21	Élaborer et mettre à disposition des prescripteurs, dans un délai de 6 mois, une liste de médicaments à utiliser préférentiellement, dans le respect de la réglementation (article L5126-10 du code de la santé publique)	Écart 21 : Absence de liste préférentielle de médicaments ce qui contrevient à l'article L313-12 V du CASF.	Immédiat	<b><u>Prescription Levée</u></b> Liste préférentielle en place et mise à disposition dans le classeur sur le circuit du médicament dans le poste IDE.

N°	Recommandations envisagées	Référence Rapport et constat	Délai de mise en œuvre	Décision
1	Elaborer un projet de service spécifique au PASA.	Remarque 1 : [REDACTED] n'a pas rédigé de projet de service spécifique au PASA.	3 mois	<b><u>Recommandation maintenue</u></b>
2	Élaborer une fiche de poste ou une lettre de mission pour [REDACTED] en prenant en compte les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM/HAS « Mission du [REDACTED] et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance – ANESM décembre 2008 ».	Remarque 2 : L'absence de lettre de mission ou fiche de poste validée par le gestionnaire et recouvrant l'ensemble des missions relevant d'un personnel de [REDACTED] ne permet pas au personnel de [REDACTED] d'appréhender clairement son positionnement au sein de la structure et d'en assurer le pilotage « Mission du [REDACTED] et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance – ANESM décembre 2008 ».	Immédiat	<b><u>Recommandation maintenue</u></b>

3	Mettre en place un pilotage institutionnel de la politique qualité au sein de l'établissement en désignant notamment un responsable qualité.	Remarque 3 : L'établissement n'a pas clairement désigné des professionnels référents et un responsable qualité.	3 mois	<b><u>Recommandation levée</u></b> Courrier siège du [REDACTED]
4	Mettre en place un dispositif de recueil, de traitement et d'analyse des événements indésirables formalisé et opérationnel en prenant en compte les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM/HAS.	Remarque 4 : En n'ayant pas mis en place un dispositif de recueil, de traitement et d'analyse des réclamations formalisé et opérationnel, l'établissement n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par l'ANESM qui recommande « de formaliser avec les professionnels les outils les plus pertinents pour le recueil et le suivi des plaintes, des réclamations et événements indésirables » (ANESM « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - Décembre 2008).	3 mois	<b><u>Recommandation maintenue</u></b>
5	Veiller à prendre en compte l'expression des usagers, notamment lors des enquêtes de satisfaction, afin d'améliorer la qualité au sein de l'établissement, dans le respect d recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM/HAS « Qualité de vie en EHPAD volet 3 La vie sociale des résidents en EHPAD »	Remarque 5 : En n'ayant pas analysé les enquêtes de satisfaction, l'établissement n'est pas en mesure d'utiliser les retours des usagers comme un outil d'amélioration de la qualité du service (Recommandations de bonnes pratiques professionnelles Qualité de vie en EHPAD volet 3 La vie sociale des résidents en EHPAD – janvier 2012).	3 mois	<b><u>Recommandation maintenue</u></b>
6	Informier le personnel de l'établissement sur l'obligation de signaler toute situation de maltraitance ou toute situation qui leur a paru préoccupante vis-à-vis de résidents et organiser une formation dédiée à la classification et à l'identification des différents types d'événements indésirables ((EI, EIG, EIAS, etc.) pour les professionnels concernés.	Remarque 6 : En ne rappelant pas suffisamment aux salariés l'obligation de signaler toute situation de maltraitance ou toute situation qui leur a paru préoccupante vis-à-vis de résidents, l'établissement ne se met pas en situation de contrôler certaines pratiques professionnelles inadaptées (page 16 des recommandations de l'ANESM relative aux missions du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance – décembre 2008).	Immédiat	<b><u>Recommandation levée</u></b> Sensibilisation faite sur les EI lors des réunions d'équipe [REDACTED] avec émargement.
7	Mettre en place l'analyse des cas de chutes en équipe pluridisciplinaire, identifier le responsable de l'analyse du cas, identifier les actions correctives associées aux cas de chute et en assurer le suivi.	Remarque 7 : Les professionnels ne sont pas sensibilisés à la déclaration des chutes et n'ont pas connaissance de la procédure en cas de chute. Les cas de chutes ne sont pas analysés en équipes pluridisciplinaires. Le responsable de l'analyse n'est	Immédiat	<b><u>Recommandation maintenue</u></b>

		pas identifié. Le plan d'action lié aux cas de chutes n'est pas renseigné.		
8	Mettre en place une analyse régulière de l'absentéisme du personnel en prenant en compte les recommandations de bonnes pratiques et de l'ANESM/HAS notamment « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance - Décembre 2008 ».	Remarque 8 : L'absence d'analyse de l'absentéisme du personnel par le directeur prive l'établissement d'un outil d'identification des risques professionnels (ANESM, Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance, Décembre 2008 et cartographie des situations à risque de maltraitance en établissement HAS FORAP).	3 mois	<b><u>Recommandation maintenue</u></b>
9	Veiller à disposer, pour chaque professionnel de l'établissement, de dossiers de personnel complets et standardisés.	Remarque 9 : Les dossiers administratifs des professionnels ne sont pas tenus à jour.	3 mois	<b><u>Recommandation maintenue</u></b>
10	Veiller à supprimer les glissements de tâches entre professionnels de l'établissement dans le respect des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM/HAS.	Remarque 10 : En permettant l'existence de glissements de tâches entre professionnels, l'établissement prend le risque que la prise en charge des résidents accueillis ne soit pas effectuée de manière satisfaisante.	3 mois	<b><u>Recommandation maintenue</u></b>
11	Revoir, dans un délai de 3 mois, les conditions de stockage des dossiers des personnes accueillies afin de garantir la confidentialité des informations, dans le respect de la réglementation (articles L311-3 du CASF et L1110-4 du CSP).	Remarque 11 : Les dossiers médicaux ne sont pas stockés de manière optimale et leur rangement nécessite d'être revu.	3 mois	<b><u>Recommandation maintenue</u></b>
12	Mettre en place une procédure organisant les démarches à effectuer en cas d'incapacité motivant une mesure de protection juridique.	Remarque 12 : En l'absence de procédure de mesures de protections juridiques en cas d'incapacité, l'établissement n'est pas en mesure d'accompagner les résidents sur ce volet.	3 mois	<b><u>Recommandation maintenue</u></b>
13	Veiller à utiliser au mieux les locaux de l'établissement afin d'offrir des conditions d'accueil et d'hébergement optimales aux personnes accueillies, dans le respect des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM/HAS	Remarque 13 : Les douches sont vétustes et ne sont pas adaptées pour accueillir des personnes dépendantes.	6 mois	<b><u>Recommandation maintenue</u></b>
14	Formaliser précisément les missions et responsabilités de chaque professionnel de l'établissement à travers des fiches de poste satisfaisantes, dans le respect des recommandations de bonnes pratiques de l'HAS.	Remarque 14 : Tous les professionnels du soin ne disposent pas de fiche de poste.	6 mois	<b><u>Recommandation maintenue</u></b>



15	Assurer une traçabilité des actes de soins et de nursing pratiqués sur les résidents accueillis dans l'établissement.	Remarque 15 : La traçabilité des soins n'est pas suffisamment effectuée en temps réel, ceci ne permet pas de garantir la qualité de transmission aux professionnels intervenant dans l'EHPAD ou aux services hospitaliers (si de besoin).	3 mois	<b><u>Recommandation maintenue</u></b>
16	La traçabilité en temps réel par les professionnels habilités à distribuer les médicaments est à optimiser compte tenu des moyens technique déployés par la structure (tablettes reliées au logiciel [REDACTED]).	Remarque 16 : La traçabilité en temps réel par les professionnels habilités à distribuer les médicaments n'est pas systématique.	3 mois	<b><u>Recommandation levée</u></b>
17	Mettre en place une procédure validée permettant de répondre, pour l'approvisionnement en médicaments et dispositifs médicaux, à tous les cas d'urgence pouvant survenir chez les résidents dans le respect des recommandations de bonnes pratiques.	Remarque 17 : La procédure intitulé Dotation besoins urgent n'est pas complète.	Immédiat	<b><u>Recommandation levée</u></b> Process sur le stock TAMPON et l'approvisionnement en médicaments mis à jour.
18	Inciter tous les médecins généralistes externes intervenant dans la structure à utiliser le système informatisé pour les prescriptions, afin d'améliorer la traçabilité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse des résidents. Les modalités de gestion des prescriptions de ces médecins en l'absence d'utilisation du logiciel [REDACTED] sont à préciser- clarifier.	Remarque 18 : Les médecins traitants intervenant au sein de l'EHPAD n'utilisent pas le logiciel de soins permettant la traçabilité de leurs actes.	3 mois	<b><u>Recommandation levée</u></b> Médecins généralistes [REDACTED] présenté par le [REDACTED] mais peu de médecins traitants intervenants dans la structure. Recrutement d'un médecin prescripteur.
19	Mettre en place une organisation permettant de broyer, écraser des médicaments, en toute sécurité et dans le respect des recommandations de bonnes pratiques formulées notamment par la HAS dans son « outil de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicament ».	Absence de liste relative au broyage et à l'écrasement de médicaments à précautions particulières expose les résidents et les soignants à des risques et en cela l'établissement n'est pas en conformité avec les recommandations formulées par la Haute Autorité de Santé (Document « outil de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments »).	Immédiat	<b><u>Recommandation levée</u></b> Liste des médicaments pouvant être écrasés ou broyés disponible à l'infirmerie.
20	Prévoir un enregistrement et une traçabilité en temps réel des actes de distribution et administration des médicaments dans le respect des recommandations de bonnes pratiques formulées par l'HAS dans son « outil de sécurisation et d'autoévaluation de l'administration des médicament ».	En ne prévoyant pas un enregistrement en temps réel des actes de distribution et d'administration des médicaments, l'établissement prend le risque d'une perte d'informations importantes dans le circuit du médicament, et en cela contrevient aux recommandations de bonnes pratiques (Recommandations de la Haute Autorité de Santé de 2013 « outils de sécurisation et d'autoévaluation).	Immédiat	<b><u>Recommandation levée</u></b> La traçabilité de la distribution des médicaments se réalise via des tablettes disponibles sur les chariots de soin.