

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé  
environnementale  
Sous-direction inspection-contrôle  
Mission n° 2024\_HDF\_00149



Lille, le

Le directeur général de l'agence  
régionale de santé

à

Madame Stéphanie CHARLET  
Directrice  
EHPAD Didier Lampin  
37 rue Ernest Letombe  
62210 AVION

**LETTRÉ RECOMMANDÉE AVEC ACCUSÉ RÉCEPTION**

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Didier Lampin sis 37 rue Ernest Letombe à AVION (62210) initié le 21 mars 2024.

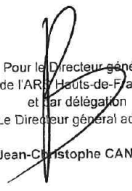
Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Didier Lampin sis 37 rue Ernest Letombe à AVION (62210) a fait l'objet d'un contrôle sur pièces en application des articles L. 313-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles (CASF). Ce contrôle a été initié le 21 mars 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 14 novembre 2024.

En l'absence de présentation d'observations de votre part dans les délais impartis, la procédure contradictoire est désormais close. En conséquence, vous trouverez, dans le tableau joint en annexe, la liste des mesures correctives que je vous demande de mettre en œuvre dans les délais indiqués, qui courent à compter de la réception de la présente.

Le contrôle de leur mise en œuvre sera assuré, à l'ARS, par l'unité de contrôle sur pièces – sous-direction inspection contrôle, de la direction de sécurité sanitaire et santé environnementale. Ainsi, vous voudrez bien transmettre par courriel à [ARS-HDF-CP@ars.sante.fr](mailto:ARS-HDF-CP@ars.sante.fr), **dans le respect des échéances fixées**, les documents demandés ainsi que le tableau des décisions finales complété par les délais de mise en œuvre effective des actions prévues.

Les présentes décisions peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification.



Pour le Directeur général  
de l'ARS Hauts-de-France  
et par délégation  
Le Directeur général adjoint  
Jean-Christophe CANLER

Pièce jointe :

- le tableau listant les mesures correctives à mettre en œuvre

## Mesures correctives à mettre en œuvre

### Contrôle sur pièces de l'EHPAD Didier Lampin à AVION (62210) initié le 21 mars 2024

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E1	Le temps de présence de la direction de l'EHPAD n'est pas suffisant pour garantir les dispositions de l'article L311-3 du CASF notamment en matière de qualité et de sécurité de la prise en charge des résidents.	<b>Prescription 1 :</b> Entreprendre les démarches avec la Direction de l'offre médico-sociale de l'ARS HDF pour renforcer le temps de présence de la direction de l'EHPAD afin de garantir les dispositions de l'article L311-3 du CASF notamment en matière de qualité et de sécurité de la prise en charge des résidents.	3 mois	
E10	Des tâches spécifiquement relatives à l'exercice de l'activité d'aide-soignant, telles que définies dans le référentiel métier de l'annexe 1 de l'Arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, sont réalisées par des ASH faisant fonction d'AS; ces glissements de tâches contreviennent aux dispositions de l'article 1 dudit arrêté selon lesquelles le diplôme d'Etat d'aide-soignant est requis pour exercer une activité d'aide-soignant sous la responsabilité d'un IDE.	<b>Prescription 2 :</b> Entreprendre les démarches pour supprimer les glissements de tâches et transmettre un échéancier à la mission de contrôle, et s'assurer d'un nombre de personnel qualifié suffisant, de jour comme de nuit, afin de garantir une prise en charge sécurisée des résidents, et le respect de leur rythme de vie conformément aux dispositions de l'article L311-3 1° du CASF.	Dès réception du rapport	
E12	Au regard des déclarations de l'établissement sur l'insuffisance et l'inconstance des effectifs par catégorie professionnelle, la mission de contrôle constate que la qualité et la sécurité de la prise en charge et l'accompagnement des résidents au sens de l'article L. 311-3, 1° du CASF ne sont pas garanties.			
R12	Au regard du nombre de CDD et d'intérimaires au cours des 3 derniers mois, la mission de contrôle constate un manque de stabilité des équipes.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E15	La charge de travail du personnel ne permet pas de respecter les rythmes de vie et d'assurer une bonne prise en charge des résidents au sens l'article L. 311-3 du CASF, au regard notamment du nombre de toilettes par agent.			
E16	Dans la mesure où la collation nocturne n'est pas proposée systématiquement aux résidents, le temps de jeûne séparant le repas du soir et le petit déjeuner est parfois supérieur à 12 heures, contrairement aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	<b>Prescription 3 :</b> Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	Dès réception du rapport	
E9	En l'absence de signalement des événements indésirables aux autorités compétentes, l'établissement contrevient aux dispositions de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.	<b>Prescription 4 :</b> Signaler les événements indésirables aux autorités compétentes conformément aux dispositions de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.	Dès réception du rapport	
E8	Les extraits de casier judiciaire ne sont pas régulièrement renouvelés ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 133-6 du CASF.	<b>Prescription 5 :</b> Renouveler régulièrement les extraits de casier judiciaire comme le précise l'article L. 133-6 du CASF.	1 mois	
E11	Le temps de travail du médecin coordonnateur est inférieur au temps de travail réglementaire de 0,40 ETP, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	<b>Prescription 6 :</b> Augmenter le temps de travail du médecin coordonnateur à hauteur de 0,4 ETP et indiquer les moyens que la direction de l'établissement entend mobiliser pour remédier à cette situation, conformément aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Dès réception du rapport	
E2	La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée, ce qui est contraire à l'article D. 312-158 du CASF.	<b>Prescription 7 :</b> Constituer la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
<b>E13</b>	Le RAMA 2021 n'est pas soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique et n'est pas cosigné par le médecin coordonnateur et le directeur ce qui contrevient à l'article D312-158 10° du CASF.	<b>Prescription 8 :</b> Soumettre le rapport annuel d'activité médicale de l'année 2021 pour avis à la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 alinéa 10 du CASF et transmettre le RAMA de l'année 2023 à la mission de contrôle.	<b>3 mois</b>	
<b>R18</b>	Le RAMA de l'année 2023 n'a pas été remis à la mission de contrôle.			
<b>E3</b>	Au jour du contrôle, le CVS n'est pas constitué, ce qui est contraire aux dispositions des articles L. 311-6 et D. 311-3 et suivants du CASF	<b>Prescription 9 :</b> Constituer le CVS conformément aux articles L. 311-6 et D. 311-3 et suivants du CASF.	<b>3 mois</b>	
<b>E4</b>	En n'ayant pas consulté le conseil de la vie sociale dans l'élaboration du projet d'établissement, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.	<b>Prescription 10 :</b> Les documents institutionnels (le projet d'établissement, le plan bleu et le règlement de fonctionnement) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	<b>6 mois</b>	
<b>E5</b>	Le plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique n'est pas détaillé dans le projet d'établissement, ce qui contrevient à l'article D. 312-160 du CASF.			
<b>E6</b>	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un règlement de fonctionnement conforme aux dispositions de l'article R. 311-33 du CASF.			
<b>R3</b>	Le projet d'établissement est incomplet.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E7	Le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions des articles L. 311-4 et D. 311-39 du CASF, ainsi qu'à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.	<b>Prescription 11 :</b> Mettre à jour le livret d'accueil conformément à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance, et aux dispositions des articles D311-39 et L. 311-4 du CASF.	3 mois	
E14	Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311 du CASF et du décret n° 2022-734 du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux.	<b>Prescription 12 :</b> Actualiser le contrat de séjour et s'assurer que son contenu est conforme aux dispositions de l'article D.311 du CASF et du décret n° 2022-734 du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux.	3 mois	
R7	L'établissement ne dispose pas d'une procédure de gestion interne des événements indésirables.	<b>Recommandation 1 :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formaliser une procédure de déclaration interne et externe des événements indésirables et événements indésirables graves liés aux soins ;</li> <li>- Transmettre à la mission de contrôle les 3 derniers comptes rendus de RETEX ;</li> <li>- Mettre en place des sensibilisations internes sur la déclaration des EI/EIG et transmettre les feuilles d'émargement.</li> </ul>	3 mois	
R9	L'établissement ne dispose pas d'une procédure de déclaration externe des événements indésirables graves et événements indésirables graves associés aux soins formalisée.			
R10	Aucun compte-rendu de RETEX lié à l'analyse des événements indésirables graves n'a été transmis à la mission de contrôle.			
R8	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation des personnels à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
R20	Le tableau prévisionnel des projets personnalisés transmis à la mission de contrôle, ne permet pas de s'assurer que les projets personnalisés sont élaborés dans les 6 mois suivant l'entrée du résident.	<b>Recommandation 2 :</b> Formaliser le tableau prévisionnel des projets personnalisés et s'assurer qu'ils sont élaborés dans les 6 mois suivant l'entrée du résident.	3 mois	
R21	Dans le cadre de la démarche d'amélioration de la qualité, les études sur les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade ne sont pas réalisées, contrairement aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS.	<b>Recommandation 3 :</b> Rédiger un plan d'action dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité et étudier les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que ces délais sont corrects.	6 mois	
R6	Les actions engagées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité ne sont pas formalisées dans un plan global d'actions.			
R4	L'établissement ne réalise pas de bilan annuel effectif des réclamations et plaintes.	<b>Recommandation 4 :</b> Réaliser le bilan annuel des réclamations et plaintes des usagers.	3 mois	
R5	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuellement.	<b>Recommandation 5 :</b> Réaliser une enquête de satisfaction globale de manière régulière.	3 mois	
R24	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux urgences, aux soins palliatifs et à la fin de vie.	<b>Recommandation 6 :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Etablir et transmettre les protocoles relatifs aux urgences, aux soins palliatifs et à la fin de vie ;</li> <li>- Transmettre les feuilles d'émargement des formations et sensibilisations sur les protocoles internes ;</li> <li>- Évaluer les protocoles de façon périodique.</li> </ul>	3 mois	
R25	En l'absence de feuilles d'émargement, la mission de contrôle ne peut garantir l'organisation régulière de formations et de sensibilisations sur les protocoles internes.			
R26	Les protocoles ne sont pas évalués périodiquement.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
R19	La procédure d'admission est incomplète.	<b>Recommandation 7 :</b> Mettre à jour la procédure d'admission en équipe pluridisciplinaire et l'appliquer.	3 mois	
R22	Les transmissions ne sont pas toutes ciblées.	<b>Recommandation 8 :</b> Mettre en place des transmissions ciblées au sein de l'établissement, organiser régulièrement des formations ou sensibilisations à destination du personnel, et transmettre les feuilles d'émargement	6 mois	
R23	L'établissement n'a pas organisé de formation sur les transmissions ciblées depuis 2021.			
R14	L'infirmière coordinatrice et la « faisant fonction » cadre de santé ne disposent pas, au jour du contrôle, de formation spécifique au métier d'encadrement.	<b>Recommandation 9 :</b> Engager l'IDEC et la « faisant fonction » cadre de santé dans une action de formation dédiée à l'encadrement.	6 mois	
R15	La « faisant fonction » cadre de santé ne dispose pas de fiche de poste.	<b>Recommandation 10 :</b> - Rédiger et transmettre la fiche de poste pour la « faisant fonction » cadre de santé ; - Transmettre à la mission de contrôle le contrat de travail et la fiche de paie de la « faisant fonction » cadre de santé, ainsi que le contrat de travail de l'IDEC.	1 mois	
R13	Le contrat de travail et la fiche de paie de la « faisant fonction » cadre de santé ainsi que le contrat de travail de l'IDEC n'ont pas été remis à la mission de contrôle.			
R11	L'établissement ne dispose pas d'un livret d'accueil du nouvel arrivant formalisé.	<b>Recommandation 11 :</b> Formaliser une procédure d'accueil du nouvel arrivant ainsi qu'un livret d'accueil.	3 mois	
R16	Toutes les catégories professionnelles ne disposent pas de fiche de tâches notamment les IDE et les ASH de nuit. De plus, l'établissement ne dispose d'aucune fiche de poste.	<b>Recommandation 12 :</b> Rédiger et transmettre à la mission de contrôle, les fiches de tâches pour les IDE et les ASH de nuit ainsi que les fiches de poste pour l'ensemble des professionnels de l'établissement.	1 mois	
R17	Le plan de formations 2023 ainsi que ses feuilles d'émargement n'ont pas été remis à la mission de contrôle.	<b>Recommandation 13 :</b> Transmettre le plan de formations 2023 ainsi que les feuilles d'émargement attestant la formation des personnels aux formations internes/externes.	1 mois	



Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
<b>R2</b>	Aucune réunion institutionnelle n'est organisée au sein de l'EHPAD.	<b>Recommandation 14 :</b> Mettre en place des réunions institutionnelles de façon régulière et établir des comptes rendus.	<b>2 mois</b>	
<b>R1</b>	En l'absence de liens fonctionnels suffisamment précis, l'organigramme ne permet pas de rendre compte du fonctionnement interne de l'établissement.	<b>Recommandation 15 :</b> Transmettre un organigramme mentionnant les liens fonctionnels et toutes les catégories de personnel de l'EHPAD.	<b>1 mois</b>	