

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé  
environnementale  
Sous-direction inspection-contrôle  
Mission n°2023-HDF-00303



Lille, le

Le directeur général de l'agence  
régionale de santé

à

Bénédicte POINT-JONNEAUX  
Directrice par intérim  
EHPAD Charles Lefèvre  
1 place du Général de Gaulle  
02520 FLAVY-LE-MARTEL

**LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION**

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Charles Lefèvre situé au 1 place du Général de Gaulle à FLAVY-LE-MARTEL (02520) initié le 19 octobre 2023.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Charles Lefèvre situé au 1 place du Général de Gaulle à FLAVY-LE-MARTEL (02520) 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 19 octobre 2023.

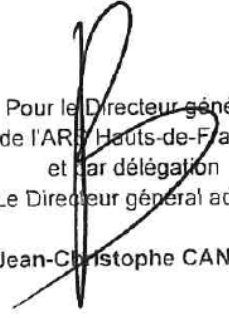
Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 07 février 2024.

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 Charles Lefèvre à FLAVY-LE-MARTEL (02520) initié le 19 octobre 2023

| 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<br>(zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
|---|---|---|------------------------|--|
| E15   | 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, notamment la nuit ; 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 n°1 :</b><br>Prévoir quotidiennement les effectifs suffisants en nombre et en qualification, notamment l'après-midi, le soir et la nuit, afin de garantir la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents conformément aux dispositions de l'article L311-3-1° du CASF. | 1 mois                 |  |
| E14   | L'insuffisance des effectifs soignants présents par poste horaire ne permet pas d'assurer une prise en charge et un accompagnement de qualité, ce qui ne respecte pas les modalités de l'article L311-3-3° du CASF.   |   |                        |  |

|  |  |  |                               |   |
|--|--|--|-------------------------------|---|
| E20  | Au regard de la charge de travail du personnel, de l'horaire de début des couchers (14h) et dans la mesure où tous les résidents ne disposent pas, au jour du contrôle, d'un projet personnalisé, les rythmes de vie des résidents ne sont pas systématiquement respectés, contrairement aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF. | <b>Prescription n°2 :</b><br>Définir une heure de début des couchers correcte (et mettre en œuvre les prescriptions n°1 et n°3) afin de garantir le respect des rythmes de vie individuels des résidents conformément aux dispositions de l'article L311-3-1° du CASF.             | 1 mois                        |   |
| <b>Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle</b> |  | <b>Prescriptions (P) / Recommandations (R)</b>   | <b>Délai de mise en œuvre</b> | <b>Date de mise en œuvre effective</b><br>(zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
| E19  | Au jour du contrôle, chaque résident ne dispose pas d'un projet d'accompagnement personnalisé réévalué à minima une fois par an, conformément aux dispositions de l'article D311 du CASF.  | <b>Prescription n°3 :</b><br>Etablir les projets personnalisés des résidents dans un délai maximum de 6 mois après leur admission conformément aux dispositions de l'article L. 311-4 du CASF et s'assurer qu'une évaluation périodique de ces projets personnalisés est réalisée. | 6 mois                        |   |
| R18  | L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'élaboration et de réactualisation des projets d'accompagnement personnalisé.  | <b>Recommandation n°1 :</b><br>Formaliser une procédure d'élaboration et de réactualisation des projets d'accompagnement personnalisé.   | 3 mois                        |   |
| E12  | Le temps de travail contractuel du médecin coordonnateur de l'EHPAD n'est pas conforme aux dispositions de l'article D312156 du CASF.  | <b>Prescription n°4 :</b><br>Augmenter le temps de travail contractuel du médecin coordonnateur à hauteur de 0,4 ETP conformément à l'article D312-156 du CASF.  | 1 mois                        |   |
| E13  | La fiche de poste du médecin coordonnateur ne relate pas l'ensemble des missions mentionnées à l'article D312-158 du CASF.   | <b>Prescription n°5 :</b><br>Actualiser, et porter à la connaissance du médecin coordonnateur sa fiche de poste mentionnant les missions inscrites à l'article D312-158 du CASF.   | 1 mois                        |   |

|  |   |   |                               |   |
|--|---|---|-------------------------------|---|
| E1   | En ne mettant pas en œuvre la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312158 du CASF.  | <b>Prescription n°6 :</b><br>Mettre en œuvre la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D312-158 du CASF.   | <b>6 mois</b>                 |   |
| E2   | Les modalités d'organisation du CVS ne sont pas conformes aux dispositions des articles L311-6 et D311-3 et suivants du CASF.   | <b>Prescription n°7 :</b><br>Revoir l'organisation du CVS afin de répondre à l'ensemble des dispositions prévues aux articles D311-9 et D311-20 du CASF (cf. détails page 11 du rapport de contrôle).                                       | <b>3 mois</b>                 |   |
| <b>Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle</b> |   | <b>Prescriptions (P) / Recommandations (R)</b>  | <b>Délai de mise en œuvre</b> | <b>Date de mise en œuvre effective</b><br>(zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
| E11  | 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 n°8 :</b><br>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. | <b>3 mois</b>                 |   |
| R9   | L'établissement ne dispose pas d'une procédure de déclaration, de gestion et de traitement des événements indésirables en interne.  | <b>Recommandation n°2 :</b><br>Formaliser une procédure de gestion interne des événements indésirables.   | <b>3 mois</b>                 |   |
| R11  | L'établissement ne dispose pas d'une procédure de déclaration externe des événements indésirables, des événements indésirables graves (EIG) et des événements indésirables graves liés aux soins (EIGS).  | <b>Recommandation n°3 :</b><br>Formaliser une procédure de déclaration / signalement externe des événements indésirables, des événements indésirables graves (EIG) et des événements indésirables graves liés aux soins (EIGS).             | <b>3 mois</b>                 |   |

|  |   |  |                               |   |
|--|---|--|-------------------------------|---|
| R10  | L'établissement n'organise pas de sensibilisations internes du personnel à la déclaration des événements indésirables.  | <b>Recommandation n°4 :</b><br>Sensibiliser de manière régulière les professionnels à la déclaration et la gestion en interne des événements indésirables.   | 3 mois                        |   |
| R12  | L'établissement n'organise pas, au jour du contrôle, de RETEX suite à la survenue de ses événements indésirables graves.  | <b>Recommandation n°5 :</b><br>Analyser les causes des événements indésirables survenus en déployant la méthodologie des CREX : multidisciplinarité des participants, présence des personnes internes / externes concernées, chronologie de l'EI, identification des écarts, puis des facteurs et enfin proposition d'actions correctives / préventives. | 3 mois                        |   |
| <b>Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle</b> |   | <b>Prescriptions (P) / Recommandations (R)</b>   | <b>Délai de mise en œuvre</b> | <b>Date de mise en œuvre effective</b><br>(zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
| E10  | En effectuant pas la vérification de l'extrait de casier judiciaire national à l'embauche, puis à intervalle régulier, pour tous les salariés, l'établissement ne satisfait pas aux dispositions de l'article L. 133-6 du CASF et n'est pas en capacité de vérifier les aptitudes des personnels à exercer auprès de personnes vulnérables. | <b>Prescription n°9 :</b><br>Vérifier de manière exhaustive l'ensemble des extraits de casiers judiciaires des professionnels de l'EHPAD, et perpétuer la démarche en effectuant une vérification à intervalle régulier des extraits de casiers judiciaires conformément à la réglementation.  | 1 mois                        |   |

|    |   |  |               |  |
|----|---|--|---------------|--|
| E9 | Contrairement à l'instruction ministérielle DGAS/2A/2007/112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance, peu de formation relative à la prévention de la maltraitance et à l'amélioration de la bientraitance n'est dispensée au sein de l'établissement. | <b>Prescription n°10 :</b><br>Former l'ensemble du personnel à la prévention et à la lutte contre la maltraitance, et la promotion de la bientraitance, conformément à l'instruction ministérielle DGAS/2A/2007/112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.  | <b>3 mois</b> |  |
| R7 | La procédure de « signalement de maltraitance » est incomplète.   | <b>Recommandation n°6 :</b><br>Réviser la procédure de « signalement de maltraitance » en y intégrant les différentes formes de maltraitance, les signaux d'alerte et les obligations légales en matière de signalement (en plus de la conduite à tenir en cas de situation de maltraitance avérée ou de suspicion d'acte de maltraitance).  | <b>3 mois</b> |  |
| E8 | Le livret d'accueil n'est pas entièrement conforme aux dispositions de 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 n°11 :</b><br>Réviser le livret d'accueil, en y annexant la charte des droits et des libertés de la personne accueillie et la notice d'information relative à la désignation de la personne de confiance conformément aux dispositions des articles D311-39 et L311-4 du CASF, et en y précisant 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 : | <b>3 mois</b> |  |

|  |  |  |                               |   |
|--|--|--|-------------------------------|---|
| E7   | En n'annexant pas la charte des droits et des libertés de la personne accueillie et la notice d'information relative à la désignation de la personne de confiance au livret d'accueil, l'établissement contrevient aux dispositions des articles D311-39 et L311-4 du CASF.              | <ul style="list-style-type: none"> <li>les actions menées par l'établissement en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance ;</li> <li>les coordonnées des autorités administratives (ARS et conseil départemental) ;</li> <li>les numéros nationaux d'écoute des situations de maltraitance.</li> </ul> |                               |   |
| E18  | La réalisation d'un avenant dans un délai maximum de 6 mois, précisant les objectifs et les prestations adaptées à la personne accueillie, n'est pas mentionnée dans le contrat de séjour, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 311 du CASF.                              | <b>Prescription n°12 :</b><br>Actualiser le contrat de séjour afin de s'assurer que son contenu est conforme aux dispositions de l'article D311 du CASF.   | 1 mois                        |   |
| <b>Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle</b> |  | <b>Prescriptions (P) / Recommandations (R)</b>   | <b>Délai de mise en œuvre</b> | <b>Date de mise en œuvre effective</b><br>(zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
| E6   | En ne respectant pas une périodicité de modification (maximum 5 ans) et en n'ayant pas consulté le conseil de la vie sociale et les instances représentatives du personnel, le règlement de fonctionnement de l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R311-33 du CASF. | <b>Prescription n°13 :</b><br>Réviser le règlement de fonctionnement et consulter le CVS et les instances représentatives du personnel dans le cadre de son élaboration conformément aux dispositions de l'article R311-33 du CASF.  | 6 mois                        |   |



|     |  |  |        |  |
|-----|--|--|--------|--|
| E3  | En ne disposant pas, au jour du contrôle, d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.  | <b>Prescription n°14 :</b><br>Réviser le projet d'établissement, en y intégrant un projet de soins conformément aux dispositions des articles L311-8 et D312-158 du CASF.  | 6 mois |  |
| E16 | En ne disposant pas, au jour du contrôle, d'un projet de soins en cours de validité et rédigé par le médecin coordonnateur, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312158 du CASF.   |  |        |  |
| E5  | 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 aux dispositions de l'article D312-160 du CASF.  | <b>Prescription n°15 :</b><br>Réviser le plan bleu conformément aux attendus de l'instruction interministérielle n°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 EHPAD, et au « guide d'aide à l'élaboration du plan bleu en EHPAD », avant de l'annexer au projet d'établissement conformément à l'article D. 312160 CASF. | 6 mois |  |
| E4  | Le plan bleu n'est pas révisé annuellement et n'est pas conforme aux attendus de l'instruction interministérielle n°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 EHPAD. |  |        |  |
| E17 | Le rapport annuel d'activité médicale (RAMA) n'est pas rédigé contrairement aux dispositions des articles D. 312-158 alinéa 10 et D. 312-155-3 alinéa 9 du CASF.   | <b>Prescription n°16 :</b><br>Rédiger le RAMA 2023 conformément aux dispositions des articles D. 312-158 alinéa 10 et D. 312-155-3 alinéa 9 du CASF.   | 4 mois |  |
| R19 | Dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, l'établissement n'effectue pas, au jour du contrôle, d'étude sur les délais de réponse aux appels malades.  | <b>Recommandation n°7 :</b><br>Réaliser des études sur les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que les délais sont corrects.  | 3 mois |  |
| R20 | Au jour du contrôle, les transmissions effectuées au sein de l'EHPAD ne sont pas ciblées, et les professionnels n'y sont pas formés.   | <b>Recommandation n°8 :</b><br>Mettre en place des transmissions ciblées au sein de l'établissement et organiser des formations ou sensibilisations à destination du personnel sur celles-ci.  | 6 mois |  |

|     |   |  |        |  |
|-----|---|--|--------|--|
| R8  | En l'absence de formalisation d'un plan d'actions d'amélioration continue de la qualité, et de la réalisation d'enquêtes de satisfaction et de bilans annuels des plaintes et des réclamations des résidents, la démarche d'amélioration continue de la qualité n'est pas suffisamment déployée au sein de l'établissement. | <b>Recommandation n°9 :</b><br>Déployer la démarche d'amélioration continue de la qualité, notamment en mettant en œuvre un plan d'actions d'amélioration continue de la qualité, en réalisant périodiquement des enquêtes de satisfaction auprès des résidents et de leurs familles et en effectuant un recueil, puis un bilan, des plaintes et des réclamations des résidents. | 6 mois |  |
| R14 | L'IDEC ne dispose pas d'une formation spécifique à l'encadrement.   | <b>Recommandation n°10 :</b><br>Engager l'IDEC dans une formation spécifique à l'encadrement.  | 6 mois |  |
| R16 | Tous les agents de l'établissement ne bénéficient pas de fiche de poste par catégorie professionnelle, dont notamment les AS et les ASH.  | <b>Recommandation n°11 :</b><br>Formaliser des fiches de poste pour toutes les catégories de professionnels, dont notamment les AS, les ASH et le directeur.   | 3 mois |  |
| R3  | La directrice ne dispose pas d'une fiche de poste formalisant ses missions.   |  |        |  |
| R17 | La procédure d'admission d'un nouveau résident est incomplète et non datée.   | <b>Recommandation n°12 :</b><br>Formaliser une procédure d'admission, en y intégrant toutes les dispositions réglementaires (cf. page 27 du rapport de contrôle).  | 3 mois |  |
| R21 | L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux urgences, aux troubles du comportement et au circuit du médicament.   | <b>Recommandation n°13 :</b><br>Formaliser les protocoles liés aux prises en charge spécifiques des résidents en EHPAD, sur les thématiques suivantes :<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• les troubles du comportement ;</li> <li>• les urgences ;</li> <li>• le circuit du médicament.</li> </ul>   | 3 mois |  |
| R13 | Il n'existe pas de procédure dédiée au processus d'accueil et d'intégration des nouveaux salariés, et le « livret d'accueil des nouveaux agents et des stagiaires » n'a pas été révisé depuis 2016.   | <b>Recommandation n°14 :</b><br>Formaliser une procédure d'accueil et d'intégration du nouvel arrivant salarié, et réviser le « livret d'accueil des nouveaux agents et des stagiaires ».  | 3 mois |  |

|  |   |   |                               |   |
|--|---|---|-------------------------------|---|
| R22  | Les protocoles / procédures ne sont pas élaborés en concertation avec les équipes.  | <b>Recommandation n°15 :</b><br>Elaborer et réviser les protocoles et les procédures en concertation avec les équipes (composition de groupe de travail, etc.).   | <b>3 mois</b>                 |   |
| R24  | En l'absence de précisions sur l'ensemble des protocoles / procédures, la mission de contrôle ne peut s'assurer qu'ils sont révisés périodiquement.               | <b>Recommandation n°16 :</b><br>Organiser la gestion documentaire en interne afin de s'assurer que tous les protocoles et les procédures sont répertoriés, datés, tracés et connus par les professionnels de l'EHPAD. | <b>3 mois</b>                 |   |
| R23  | L'établissement n'organise aucune formation / sensibilisation sur les protocoles / procédures internes.   | <b>Recommandation n°17 :</b><br>Former et sensibiliser régulièrement les professionnels aux protocoles et aux procédures internes.  | <b>6 mois</b>                 |   |
| <b>Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle</b> |   | <b>Prescriptions (P) / Recommandations (R)</b>  | <b>Délai de mise en œuvre</b> | <b>Date de mise en œuvre effective</b><br>(zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
| R15  | L'établissement a précisé un taux de turn over des équipes élevé, notamment en 2022, sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.     | <b>Recommandation n°18 :</b><br>Étudier les causes du taux de turn over des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.  | <b>6 mois</b>                 |   |
| R2   | Au regard du nombre de personnes ayant occupé le poste de directeur depuis 2018 (4), la mission de contrôle constate une instabilité de la fonction de direction. |   |                               |   |
| R6   | Aucune réunion institutionnelle n'est organisée au sein de l'EHPAD.   | <b>Recommandation n°19 :</b><br>Organiser des réunions institutionnelles de type CODIR, à fréquence régulière, au sein de l'EHPAD.  | <b>1 mois</b>                 |   |

|    |  |   |               |  |
|----|--|---|---------------|--|
| R1 | L'organigramme n'est pas nominatif, et les niveaux / liens hiérarchiques et fonctionnels de l'équipe pluridisciplinaire ne sont pas représentés.   | <b>Recommandation n°20 :</b><br>Réviser l'organigramme en le rendant nominatif, et en valorisant les niveaux et les liens hiérarchiques et fonctionnels de l'équipe pluridisciplinaire.   | <b>1 mois</b> |  |
| R4 | Les modalités d'intérim en l'absence du directeur n'ont pas été transmises à la mission de contrôle.   | <b>Recommandation n°21 :</b><br>Transmettre les modalités d'intérim en l'absence du directeur.  | <b>1 mois</b> |  |
| R5 | En l'absence de transmission des comptes rendus des instances, la mission de contrôle ne peut s'assurer que les liens entre la directrice de l'établissement et le Conseil d'Administration sont formalisés. | <b>Recommandation n°22 :</b><br>Transmettre les comptes rendus des Conseil d'Administration, permettant à la mission de contrôle de s'assurer que les liens entre la directrice et cette instance sont correctement formalisés. | <b>1 mois</b> |  |