



Le directeur général

Lille, le - 7 NOV. 2023

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale  
Sous-direction inspection-contrôle  
Mission n°2023-HDF-00109



**LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION**

Madame la présidente,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Denis Lemette situé au 1 Résidence Elsa Triolet à Roeulx (59172) 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 12 avril 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 30 août 2023. 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 courront à compter de la réception de la présente.

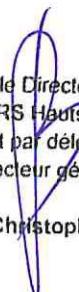
Le contrôle de leur mise en œuvre sera assuré, à l'ARS, par l'unité de contrôle sur pièces – sous-direction inspection contrôle, de la direction de sécurité sanitaire et santé environnementale. Ainsi, vous voudrez bien transmettre par courriel à [ARS-HDF-CP@ars.sante.fr](mailto:ARS-HDF-CP@ars.sante.fr), 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.

Madame LAGACHE Marie-Lise  
Présidente du conseil d'administration  
Fondation Denis Lemette  
1, rue Elsa Triolet  
59172 ROEULX

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

Je vous prie d'agrérer, Madame la présidente, l'assurance de ma considération distinguée.

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.

Copie à Madame DUVERGE Marie-Paule, la directrice de l'établissement.

## **Mesures correctives à mettre en œuvre**

### **Contrôle sur pièces de l'EHPAD Denis Lemette à ROEULX (59172) initié le 12 avril 2023**

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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)
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 agents de soins ; 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.	<p><b>Prescription n°1 :</b> Mettre fin aux glissements de tâches afin de garantir une prise en charge de qualité aux résidents conformément aux dispositions de l'article L311-3-3° du CASF.</p>	1 mois	
E13	La non qualification de certains personnels présents par poste horaire (de jour et de nuit), ne permet pas d'assurer une prise en charge et un accompagnement de qualité, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3-3° du CASF.			

E14	La présence IDE n'est pas suffisante pour assurer la sécurité des résidents (aucune présence IDE les après-midi et les week-end) au sens de l'article L311-3 1 <sup>o</sup> du CASF.	<b>Prescription n°2 :</b> Garantir une présence infirmière continue et ainsi assurer la sécurité des résidents et une prise en charge de qualité conformément aux dispositions de l'article L311-3-3 <sup>o</sup> du CASF.	1 mois	
-----	--	---	--------	--

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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)
E11	Le temps de travail du médecin coordonnateur n'est pas conforme aux dispositions de l'article D312-156 du CASF.	<b>Prescription n°3 :</b> Augmenter le temps de travail du médecin coordonnateur à hauteur de 0,4 ETP conformément aux articles D312-156 du CASF.	1 mois	
E12	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°4 :</b> Actualiser la fiche de poste du médecin coordonnateur en mentionnant les missions inscrites à l'article D312-158 du CASF.	1 mois	

E2	En ne mettant pas en œuvre la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.	<b>Prescription n°5 :</b> Mettre en œuvre la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D312-158 du CASF.	<b>6 mois</b>	
E9	En l'absence de signalement des évènements 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°6 :</b> Signaler les évènements 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>	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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	La directrice de l'EHPAD n'est pas titulaire d'un diplôme de niveau 7 (BAC +5), contrairement aux dispositions de l'article D. 312-176-6 à 9 du CASF.	<b>Prescription n°7 :</b> Engager la directrice dans une formation lui permettant d'obtenir une certification de niveau 7, conforme aux dispositions de l'article D. 312-176-6 du CASF.	<b>6 mois</b>	

E3	Le CVS n'est pas actif, et les modalités de son organisation ne sont pas conformes aux dispositions des articles L311-6 et D3113 et suivants du CASF.	<b>Prescription n°8 :</b> Réinstaller le CVS au sein de l'EHPAD, après avoir actualisé les modalités de son organisation et effectué des élections conformément aux dispositions des articles L311-6 et D311-3 et suivants du CASF.	<b>3 mois</b>	
E4	En ne définissant pas d'objectifs, et en l'absence de consultation du CVS et de précisions sur la manière dont le projet d'établissement a été élaboré, celui-ci contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.	<b>Prescription n°9 :</b> Réviser le projet d'établissement, en ajoutant des éléments fixant des objectifs, des actions et des moyens à mettre en œuvre, puis consulter le CVS et indiquer les modalités de son élaboration conformément à l'article L. 311-8 du CASF.	<b>9 mois</b>	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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)
E6	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°10 :</b> Actualiser le plan bleu conformément aux attendus de l'instruction interministérielle n°DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258	<b>6 mois</b>	

E5	Le plan bleu 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.	et du <i>Guide d'aide à l'élaboration du plan bleu en EHPAD</i> , et l'intégrer au projet d'établissement conformément aux dispositions de l'article D312-160 du CASF.		
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.	<p><b>Prescription n°11 :</b>  Préciser dans 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 :</p> <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 (3977).</li> </ul>	<b>3 mois</b>	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	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	En n'ayant pas consulté 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°12 :</b> Consulter les instances représentatives du personnel dans le cadre de l'élaboration du règlement de fonctionnement conformément aux dispositions de l'article R311-33 du CASF.	<b>3 mois</b>	
E15	Le contrat de séjour n'est pas entièrement conforme aux dispositions de l'article D311 du CASF, et notamment aux dispositions instaurées par le décret 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 n°13 :</b> Actualiser le contrat de séjour afin de s'assurer que son contenu est conforme aux dispositions de l'article D311 du CASF.	<b>3 mois</b>	
R12	L'absence d'IDEC au sein de la structure ne permet pas d'assurer des missions de coordination des soins et un management de proximité.	<b>Recommandation n°1 :</b> Recruter une IDEC au sein de la structure.	<b>6 mois</b>	
R5	Les contrats de travail de plusieurs professionnels sont en inadéquation avec les postes occupés (AS, AMP ou AES sur des contrats d'agents de soins).	<b>Recommandation n°2 :</b> Mettre en concordance, pour tous les professionnels, les contrats de travail avec les diplômes détenus et les postes occupés.	<b>1 mois</b>	
R18	Dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, l'établissement n'a pas transmis d'étude sur les délais de réponse aux appels malades.	<b>Recommandation n°3 :</b> Réaliser régulièrement des études sur les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que les délais sont corrects.	<b>3 mois</b>	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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)
R4	Il n'existe pas de protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance, décrivant notamment la conduite à tenir en cas de suspicion d'acte de maltraitance, et les obligations légales en matière de signalement.	<b>Recommandation n°4 :</b> Formaliser un protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance.	<b>3 mois</b>	
R20	L'établissement ne dispose pas de protocole relatif au circuit du médicament.	<b>Recommandation n°5 :</b> Formaliser un protocole relatif au circuit du médicament au sein de l'EHPAD.	<b>3 mois</b>	
R16	La procédure « d'accueil du résident en hébergement permanent » est incomplète et ne mentionne pas le rôle de chaque catégorie professionnelle dans le processus.	<b>Recommandation n°6 :</b> Réviser la procédure d'admission, en y intégrant toutes les dispositions réglementaires (cf. page 27 du rapport de contrôle) et en mentionnant le rôle de chaque catégorie professionnelle dans le processus.	<b>3 mois</b>	
R11	Il n'existe pas de procédure d'accueil du nouvel arrivant.	<b>Recommandation n°7 :</b> Formaliser une procédure d'accueil du nouvel arrivant.	<b>3 mois</b>	

R7	L'établissement ne dispose pas d'une procédure de gestion interne des évènements indésirables.	<b>Recommandation n°8 :</b> Formaliser une procédure de gestion interne des évènements indésirables.	<b>3 mois</b>	
----	--	---	---------------	--

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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)
R9	L'établissement ne dispose pas d'une procédure de déclaration externe des événements indésirables graves (EIG) et des événements indésirables graves liés aux soins (EIGS).	<b>Recommandation n°9 :</b> 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 RETEX suite à la survenue de ses événements indésirables.	<b>Recommandation n°10 :</b> 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	<b>3 mois</b>	

		d'actions correctives / préventives.		
R8	Le personnel n'est pas sensibilisé en interne à la déclaration des événements indésirables.	<b>Recommandation n°11 :</b> Sensibiliser de manière régulière les professionnels à la déclaration des événements indésirables.	<b>6 mois</b>	
R19	Les professionnels ne sont pas formés aux transmissions ciblées.	<b>Recommandation n°12 :</b> Sensibiliser de manière régulière les professionnels aux transmissions ciblées.	<b>6 mois</b>	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	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)

R21	Les professionnels ne sont pas formés, en interne, aux protocoles / procédures.	<b>Recommandation n°13 :</b> Sensibiliser de manière régulière les professionnels aux nouveaux protocoles et / ou procédures formalisés.	<b>6 mois</b>	
R6	La démarche d'amélioration continue de la qualité n'est pas correctement déployée au sein de l'établissement.	<b>Recommandation n°14 :</b> 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 des bilans des plaintes et des réclamations des résidents, et en réalisant périodiquement des enquêtes de satisfaction auprès des résidents, de leurs familles et des professionnels.	<b>6 mois</b>	
R22	Les protocoles / procédures ne sont pas systématiquement révisés périodiquement.	<b>Recommandation n°15 :</b> Réviser périodiquement les protocoles et les procédures afin de les garder continuellement à jour.	<b>3 mois</b>	
R17	En l'absence de transmission d'un tableau de suivi et de programmation de révision des projets d'accompagnement personnalisé, la mission de contrôle ne peut s'assurer que chaque résident dispose d'un projet d'accompagnement personnalisé réévalué périodiquement (à minima une fois par an).	<b>Recommandation n°16 :</b> Formaliser le suivi et la programmation de révision des projets d'accompagnement personnalisé dans un tableau, qui sera transmis à la mission de contrôle.	<b>3 mois</b>	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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)
R13	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	<b>Recommandation n°17 :</b> Étudier les causes du taux d'absentéisme des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	<b>6 mois</b>	
R15	Le projet de soins ne précise pas les modalités de son élaboration, et notamment sa rédaction par le médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante.	<b>Recommandation n°18 :</b> Valoriser dans le projet de soins, les modalités de son élaboration et notamment sa rédaction par le médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante (propos introductifs ou autre).	<b>1 mois</b>	
R3	Aucune réunion institutionnelle n'est organisée au sein de l'EHPAD.	<b>Recommandation n°19 :</b> Organiser des réunions institutionnelles de type CODIR, à fréquence régulière, au sein de l'EHPAD.	<b>1 mois</b>	

R2	L'organisation des astreintes administratives n'est pas formalisée.	<b>Recommandation n°20 :</b> Formaliser l'organisation des astreintes, afin d'assurer une meilleure lisibilité des ressources internes mobilisées.	<b>1 mois</b>	
<b>Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection</b>		<b>Prescriptions (P) / Recommandations (R)</b>	<b>Délai de mise en œuvre</b>	<b>Date de mise en œuvre effective</b> <small>(zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)</small>
R1	Les niveaux, ainsi que les liens hiérarchiques et fonctionnels ne sont pas représentés dans l'organigramme.	<b>Recommandation n°21 :</b> Réviser l'organigramme en y intégrant les niveaux, ainsi que les liens hiérarchiques et fonctionnels.	<b>3 mois</b>	
R14	Des feuilles de présence ne sont pas systématiquement signées lors des sensibilisations en interne, ce qui ne permet pas de les valoriser.	<b>Recommandation n°22 :</b> Faire signer systématiquement lors des formations et des sensibilisations des feuilles de présence.	<b>3 mois</b>	