



Le directeur général

Lille, le 25 juin 2025

DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SANITAIRE ET DE LA SANTÉ ENVIRONNEMENTALE
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n°2024-HDF-00419



LETTER RECOMMENDED WITH ACCUSE RECEIPT

Madame la directrice générale,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD La Roseraie et Les Eglantines situé au 47 rue Marceau à DUNKERQUE (59240) 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 10 septembre 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 25 février 2025.

Par courriels reçus les 12 et 15 mai 2025, vous avez présenté vos observations concernant les mesures correctives envisagées.

Au regard des éléments transmis, la mission de contrôle n'a pas apporté de modification au rapport. En conséquence, vous trouverez ci-joint les décisions finales, qui closent la procédure contradictoire.

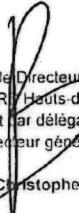
A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

Madame Delphine Langlet
Directrice générale
Fondation Partage & Vie
11 rue de la Vanne
92126 MONTROUGE

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, 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 dans le délai de deux mois à compter de leur notification.

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


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

Copie à Madame Anne MOSZYK, la directrice de l'établissement

Pièce jointe :

- le tableau listant les mesures correctives à mettre en œuvre.

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD La Roseraie et Les Eglantines à DUNKERQUE (59240) initié le 10 septembre 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)
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 professionnels non diplômés ; 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.	Prescription n°1 : Entreprendre les démarches permettant de prévoir quotidiennement les effectifs suffisants, notamment en qualification (supprimer les glissements de tâches) afin de garantir la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents conformément aux dispositions de l'article L. 311-3, 1 ^o du CASF.	6 mois	
R5	En l'absence de précision, la mission de contrôle ne peut s'assurer que les effectifs par catégorie professionnelle sont suffisants et constants pour assurer la qualité de la prise en charge et l'accompagnement des résidents.			
R7	Des missions d'AS sont inscrites dans les fiches de poste des agents de soins, démontrant ainsi des glissements de tâches.			
E11	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, de médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D. 312-155-0 du CASF.	Prescription n°2 : Indiquer les moyens que la direction de l'établissement entend	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)
E12	Le médecin coordonnateur ne dispose pas, au jour de son embauche, d'un diplôme d'études spécialisées complémentaire de gériatrie, ou d'un diplôme d'études spécialisées de gériatrie, d'une capacité de gériatrie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'EHPAD, contrairement aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF.	mobiliser pour atteindre un temps de coordination médicale conforme aux dispositions de l'article D312-156 du CASF, notamment en recrutant un médecin coordonnateur qualifié ou engagé dans une qualification conforme aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF.		
E13	La fiche de poste du médecin coordonnateur ne relate pas l'ensemble des missions mentionnées à l'article D312-158 du CASF.	Prescription n°3 : Actualiser, et porter à la connaissance du médecin coordonnateur sa fiche de poste mentionnant les missions inscrites à l'article D312-158 du CASF.	Immédiat	12 mai 2025
E2	En ne mettant pas en œuvre la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.	Prescription n°4 : Mettre en œuvre la commission de coordination gériatrique conformément aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.	6 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)
E17	Au jour du contrôle, chaque résident ne dispose pas d'un projet d'accompagnement personnalisé réévalué périodiquement et à minima une fois par an, contrairement aux dispositions des articles D311 et D312-155-0 du CASF.	Prescription n°5 : Etablir les projets d'accompagnement personnalisé des résidents dans un délai maximal de 6 mois après leur admission et s'assurer qu'une évaluation périodique de ces projets personnalisés est réalisée, conformément aux dispositions de l'article D. 311 du CASF.	6 mois	
E18	Dans la mesure où la collation nocturne n'est pas proposée	Prescription n°6 :	Immédiat	

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)
	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.	Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.		
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.	Prescription n°7 : 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.	3 mois	12 mai 2025
R3	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).	Recommandation n°1 : Formaliser un protocole interne décrivant les modalités de déclaration obligatoire des événements indésirables, et des événements indésirables graves (EIG) à l'ARS et au conseil départemental, et les démarches de signalement obligatoire des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) ¹ .	3 mois	12 mai 2025
R2	Le personnel n'est pas sensibilisé à la déclaration et la gestion en interne des événements indésirables.	Recommandation n°2 : Former et sensibiliser régulièrement les professionnels à la déclaration et la gestion en interne des événements indésirables.	6 mois	12 mai 2025

¹ La mission de contrôle rappelle que les modalités de signalement sont précisées sur le site de l'ARS, accessible via ce lien: [Je travaille en établissement médico-social | Agence régionale de santé Hauts-de-France \(sante.fr\)](http://Je travaille en établissement médico-social | Agence régionale de santé Hauts-de-France (sante.fr))

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)
E8	En n'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.	Prescription n°8 : Vérifier de manière exhaustive l'ensemble des extraits de casiers judiciaires des professionnels des PUV, et perpétuer la démarche en effectuant une vérification à intervalle régulier des extraits de casiers judiciaires conformément à la réglementation.	1 mois	
E6	En l'absence notamment de formation régulière du personnel, la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance est insuffisamment impulsée au sein de l'établissement contrairement aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF, 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, et au Guide de la HAS du 3 octobre 2024 relatif à la Bientraitance et la gestion des signaux de maltraitance en établissement.	Prescription n°9 : Renforcer la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance en mettant en œuvre, conformément à la réglementation, un plan de formation qui comprendra notamment, et pour l'ensemble du personnel, des formations relatives à la promotion de la bientraitance et à la lutte de la maltraitance.	2 mois	12 mai 2025

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 est partiellement 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>Prescription n°10 :</p> <p>Réviser le livret d'accueil, 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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ les actions menées par l'établissement en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance ; ▪ les coordonnées des autorités administratives (ARS et conseil départemental) ; ▪ les numéros nationaux d'écoute des situations de maltraitance. 	3 mois	12 mai 2025

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)
E5	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.	<p>Prescription n°11:</p> <p>Consulter le CVS et les instances représentatives du personnel dans le cadre de l'élaboration du règlement de fonctionnement conformément à l'article R. 311-33 du CASF.</p>	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)
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.	Prescription n°12 : Formaliser un nouveau projet d'établissement, en y intégrant un projet de soins, conformément aux dispositions des articles L311-8 et D312-158 du CASF.	6 mois	
E14	En ne disposant pas, au jour du contrôle, d'un projet de soins en cours de validité, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.			
E4	En ne disposant pas, au jour du contrôle, d'un plan bleu en vigueur, annexé au projet d'établissement et détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment de situation sanitaire exceptionnelle, l'établissement contrevient aux dispositions des articles L. 311-8, D. 312-160, R. 311-38-1 et R. 311-38-2 du CASF.	Prescription n°13 : Formaliser un plan bleu conformément aux dispositions des articles R311-38-1 et 2 du CASF et aux attendus de l'IM 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. 312-160 CASF.	6 mois	12 mai 2025
E16	Le contrat de séjour est partiellement conforme aux dispositions des articles D311 et L311-4 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	Prescription n°14 : Actualiser le contrat de séjour afin de s'assurer que son contenu est conforme aux dispositions des articles D311 et L311-4 du CASF, et notamment aux dispositions instaurées par le décret du 28 avril 2022	6 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)
	établissements et services sociaux et médico-sociaux.	portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux (cf. page 30 du rapport de contrôle).		
E15	En ne disposant pas d'un RAMA retraçant les modalités de la prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents, cosigné par un médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement avant d'être soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 10° du CASF.	Prescription n°15 : Formaliser un RAMA retraçant les modalités de la prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents, le faire cosigner par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement et le soumettre pour avis à la commission de coordination gériatrique, conformément aux dispositions des articles D. 312-158 alinéa 10 et D. 312-155-3 alinéa 9 du CASF.	6 mois	
E1	En ne disposant pas, au jour du contrôle, d'un document unique de délégation (DUD) détaillant la nature et l'étendue de la délégation de la directrice territoriale de la Fondation Partage & Vie à la directrice d'établissement, les PUV contreviennent aux dispositions de l'article D312-176-5 du CASF.	Prescription n°16 : Etablir un document unique de délégation (DUD) signé et conforme aux dispositions de l'article D. 312-176-5 du CASF.	2 mois	12 mai 2025
R10	Dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, l'établissement n'effectue pas régulièrement d'étude sur les délais de réponse aux appels malades.	Recommandation n°3 : Réaliser des études sur les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que les délais sont corrects.	3 mois	
R1	En l'absence de mise en œuvre effective d'un système d'enregistrement permanent et de suivi des réclamations et des plaintes des résidents et de leurs proches, et de formalisation de	Recommandation n°4 : Déployer la démarche d'amélioration continue de la qualité, mettant notamment en œuvre un système d'enregistrement permanent et de	6 mois	12 mai 2025

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)
	bilans annuels de ces doléances, la démarche d'amélioration continue de la qualité n'est pas suffisamment déployée au sein de l'établissement.	suivi des réclamations et des plaintes des résidents et de leurs proches, et en formalisant des bilans annuels de ces griefs / doléances.		
R6	Les professionnels soignants et d'hôtellerie ne bénéficient pas de fiches de tâches.	Recommandation n°5 : Formaliser des fiches de tâches pour les professionnels soignants et d'hôtellerie, déclinées en fonction des postes et éventuellement des secteurs.	3 mois	
R8	L'établissement ne prévoit pas suffisamment de formations portant sur les spécificités du public accueilli.			
R14	Les professionnels ne sont pas régulièrement sensibilisés en interne aux protocoles et aux procédures.	Recommandation n°6 : Former et sensibiliser régulièrement les professionnels aux thématiques suivantes et en assurer la traçabilité : <ul style="list-style-type: none">• les transmissions ciblées ;• des thématiques diverses traitant des prises en charge spécifiques des résidents, dont les protocoles et les procédures internes.	6 mois	
R12	En l'absence de transmission des feuilles d'émargement, la mission de contrôle ne peut s'assurer que les professionnels de l'établissement sont régulièrement formés aux transmissions ciblées.			

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)
R13	L'établissement ne dispose pas de protocoles internes relatifs aux chutes, à la gestion des troubles du comportement, à l'hydratation, à la nutrition, aux soins palliatifs, ainsi qu'aux changes et à la prévention de l'incontinence.	Recommandation n°7 : Formaliser les protocoles relatifs aux chutes, à la gestion des troubles du comportement, à l'hydratation, à la nutrition, aux soins palliatifs, ainsi qu'aux changes et à la prévention de l'incontinence.	6 mois	
R9	La procédure « admission d'un résident » est incomplète.	Recommandation n°8 : Réviser la procédure « d'admission d'un résident » en y intégrant l'ensemble des dispositions réglementaires (cf. page 29 du rapport de contrôle).	3 mois	12 mai 2025

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)
R15	Les protocoles et les procédures ne sont pas révisé(e)s périodiquement.	Recommandation n°9 : Réviser périodiquement les protocoles et les procédures afin de les garder continuellement à jour.	3 mois	
R4	Au jour du contrôle, les professionnels nouvellement embauchés ne bénéficient pas d'un livret d'accueil dédié.	Recommandation n°10 : Formaliser un livret d'accueil à destination des nouveaux arrivants salariés.	4 mois	12 mai 2025
R11	L'établissement n'a pas transmis les horaires des transmissions orales ni la qualité des membres qui y participent.	Recommandation n°11 : Transmettre les modalités d'organisation des transmissions orales (créneaux horaires et professionnels participants).	1 mois	12 mai 2025