

Lille, le 27 DEC. 2023

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé  
environnementale  
Sous-direction inspection-contrôle  
Mission n° 2023-HDF-00275

Le directeur général de l'agence  
régionale de santé

à

Madame Hélène DEVOS  
Directrice  
EHPAD Résidence Déliot  
21, rue d'Armentières  
59193 ERQUINGHEM-LYS

**LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION**

Objet : mesures correctives suite au contrôle sur pièces de l'EHPAD Résidence Déliot sis 21, rue d'Armentières à Erquinghem-Lys (59193) initié le 30 juin 2023.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Déliot sis 21, rue d'Armentières à Erquinghem-Lys (59193) 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 30 juin 2023.

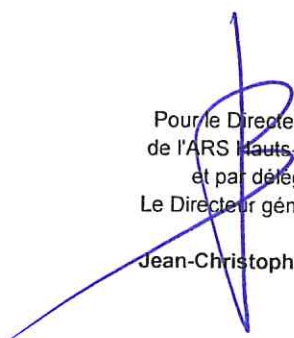
Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 24 octobre 2023. Par courrier reçu le 23 novembre 2023, vous avez présenté vos observations concernant les mesures correctives envisagées.

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.

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 Résidence Deliot à ERQUINGHEM-LYS (59193) initié le 30/06/2023**

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)
E9	L'inconstance des effectifs présents le jour et la nuit, en nombre et en qualification, ne permet pas d'assurer une prise en charge et un accompagnement sécurisé et de qualité, ce qui ne respecte pas les dispositions de l'article L311-3-1° du CASF.	<b>Prescription 1 :</b> Prévoir quotidiennement les effectifs suffisants en nombre et en qualification 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° du CASF et mettre fin aux glissements de tâches.	<b>1 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	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'aidesoignant 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.			
----	---	--	--	--

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
--	--	------------------------	--

				<b>mise en œuvre des mesures)</b>
E8	L'établissement ne dispose pas de médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D. 312-155-0 du CASF.	<b>Prescription 2</b> : Recruter un médecin coordonnateur.	<b>1 mois</b>	
E13	Chaque résident ne dispose pas d'un projet personnalisé contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	<b>Prescription 3</b> : Etablir les projets personnalisés des résidents dans un délai maximal 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.	<b>2 mois</b>	

E14	En l'absence de projet personnalisé pour l'ensemble des résidents au jour du contrôle, les rythmes de vie collective ne tiennent pas systématiquement compte des rythmes de vie individuels contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.			
-----	---	--	--	--

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)
--	--	------------------------	---

E5	En ne renouvelant pas régulièrement le bulletin du casier judiciaire national des agents, l'établissement ne satisfait pas aux dispositions de l'article L133-6 du CASF et n'est pas en capacité de vérifier les aptitudes des personnels à exercer auprès de personnes vulnérables.	<b>Prescription 4</b> : Renouveler régulièrement les extraits de casiers judiciaires.	<b>1 mois</b>	
E4	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, aucune 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 5</b> : Prévoir dans le plan de formation des formations relatives à la prévention de la maltraitance et à l'amélioration de la bientraitance et former l'ensemble du personnel.	<b>5 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)
E2	L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement en cours de validité ce qui est contraire à l'article L. 311-8 du CASF.	<b>Prescription 6 :</b> Mettre à jour les outils de loi 2002-2 conformément aux réglementations associées : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rédiger un projet d'établissement et un projet général de soins ;</li> <li>- Réviser le livret d'accueil ;</li> <li>- Mettre à jour le contrat de séjour.</li> </ul>	12 mois	
E3	En l'absence de précisions sur les actions de prévention et de lutte contre la maltraitance, le livret d'accueil n'est pas conforme à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.		4 mois	
E10	En ne disposant pas d'un projet général de soins en vigueur, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.		12 mois	
E12	En ne mentionnant pas les conditions d'élaboration de l'avenant, le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311 du CASF.		4 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 rapport annuel d'activité médicale n'est pas rédigé contrairement aux dispositions des articles D. 312-158 et D. 312-155-3 du CASF.	<b>Prescription 7</b> : Rédiger un rapport annuel d'activité médicale conformément aux dispositions des articles D. 312158 et D. 312-155-3 du CASF.	<b>4 mois</b>	
E1	La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée ce qui est contraire à l'article D. 312-158 du CASF.	<b>Prescription 8</b> : Constituer la commission de coordination gériatrique conformément aux dispositions de l'article D. 312158 du CASF.	<b>3 mois</b>	

E6	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 9</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.	/	23/11/2023
----	---	--	---	------------

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)
R6	La formation du personnel à la déclaration des événements indésirables est insuffisamment organisée.	<b>Recommandation 1</b> : Formaliser des formations relatives à la déclaration des événements indésirables dans le plan de formation de l'établissement et former l'ensemble du personnel.	4 mois	

R7	En l'absence de transmission de justificatifs de formation, la formation des personnels à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.	<b>Recommandation 2 :</b> Transmettre les justificatifs de formation du personnel à la déclaration des événements indésirables.	<b>1 mois</b>	
R8	Le protocole de déclaration externe des événements indésirables et événements indésirables graves liés aux soins ne fait pas mention de la procédure à suivre afin d'effectuer un signalement auprès du Conseil Départemental.	<b>Recommandation 3 :</b> Réviser le protocoles de déclaration externe des événements indésirables et événements indésirables graves liés aux soins.	<b>1 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	Suite à la déclaration d'événements indésirables, la réalisation de RETEX est insuffisamment organisée et formalisée.	<b>Recommandation 4</b> : Réaliser régulièrement des RETEX en équipe pluridisciplinaire.	<b>3 mois</b>	
R11	En l'absence de transmission de justificatifs de formation, la mission contrôle ne peut garantir la formation de l'IDEC à l'encadrement.	<b>Recommandation 5</b> : Transmettre les justificatifs de formation de l'IDEC à l'encadrement.	<b>1 mois</b>	
R4	L'établissement ne réalise pas d'analyse des pratiques professionnelles dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité des prises en soins.	<b>Recommandation 6</b> : Réaliser des analyses des pratiques professionnelles dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité des prises en soins.	<b>3 mois</b>	
R5	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.	<b>Recommandation 7</b> : Formaliser un plan global des actions engagées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.	<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)
R15	L'établissement ne prévoit pas suffisamment de formations externes portant sur les spécificités du public accueilli.	<b>Recommandation 8 :</b> Prévoir dans le plan de formation des formations externes portant sur les spécificités du public accueilli.	<b>3 mois</b>	
R16	Les formations et sensibilisations internes réalisées ne font pas l'objet de formalisation.	<b>Recommandation 9 :</b> Formaliser l'ensemble des formations et sensibilisations dispensées au sein de l'établissement.	<b>1 mois</b>	
R3	L'établissement ne réalise pas de bilan annuel effective des réclamations et plaintes.	<b>Recommandation 10 :</b> Réaliser le bilan annuel des réclamations et plaintes des usagers.	<b>3 mois</b>	

R18	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.	<b>Recommandation 11</b> : Etudier les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière.	<b>2 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)
R19	Les protocoles n'ont pas été élaborés en concertation avec les équipes.	<b>Recommandation 12</b> : Elaborer les protocoles en concertation avec les équipes.	<b>4 mois</b>	
R21	Les protocoles ne sont pas évalués périodiquement.	<b>Recommandation 13</b> : Evaluer périodiquement les protocoles.	<b>6 mois</b>	

R20	Le personnel n'est pas formé et sensibilisé aux protocoles.	<b>Recommandation 14</b> : Former le personnel aux protocoles de l'établissement et mettre en place un émargement systématique lors de formations internes et externes.	4 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)
R13	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé en 2021 et en 2022 sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	<b>Recommandation 15</b> : Étudier les causes du taux d'absentéisme et du taux de turn over élevés des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	/	23/11/2023

R14	L'établissement a précisé un taux de turn over des équipes élevé en 2021 et en 2022 sans préciser les actions mises en place pour y remédier.			
R2	En ne transmettant pas les comptes rendus relatifs aux dernières réunions du Conseil de la Vie Sociale, la mission contrôle ne peut garantir l'organisation de réunions conformément aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	<b>Recommandation 16</b> : Réunir le CVS trois fois par an conformément à l'article D. 31116 du CASF et transmettre les prochains comptes rendus de réunion à la mission contrôle.	3 mois	
<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 (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)</b>
R1	Les réunions institutionnelles au sein de l'EHPAD ne sont pas formalisées.	<b>Recommandation 17</b> : Formaliser les réunions institutionnelles.	3 mois	



R10	Le livret d'accueil du salarié est incomplet.	<b>Recommandation 18</b> : Réviser le livret d'accueil du salarié.	<b>6 mois</b>	
R17	La procédure d'admission est incomplète.	<b>Recommandation 19</b> : Mettre à jour la procédure d'admission.	<b>2 mois</b>	
R12	La fiche de poste de l'IDEC n'est pas signée par celle-ci.	<b>Recommandation 20</b> : Faire signer la fiche de poste de l'IDEC par celle-ci.	<b>1 mois</b>	