



Le directeur général

D3SE - Mission n° 2024-HDF-00503

Sous-direction inspection contrôle

Le président du conseil départemental

Lille, le 25 mars 2025

Lettre recommandée avec accusé de réception

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection/contrôle 2024, nous avons décidé de diligenter une inspection au sein de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) « Résidence le Verlaine », situé au n°2, rue Victor Hugo à Colleret (59680) en application des articles L.313-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles et des articles L.1421-1 et L.1435-7 du code de la santé publique.

Cette inspection a été réalisée de manière inopinée le 16 avril 2024. Elle avait pour objet de vérifier les conditions de prise en charge, de sécurité et de bien-être des résidents au sein de l'EHPAD.

Suite à cette inspection une lettre de mesures immédiates vous a été adressée le 7 mai 2024 et portait sur les dysfonctionnements suivants :

- l'absence d'infirmier titulaire parmi l'effectif des professionnels de l'établissement ;
- la gestion des administrations des traitements médicamenteux dont les produits multidoses et les médicaments « si besoin » par des aides-soignants ;
- la non-sécurisation du circuit du médicament ;
- l'absence de relevé journalier de la température dans le réfrigérateur contenant les produits thermosensibles et d'une procédure relative à la conduite à tenir en cas où les températures sortent des spécifications préétablies ;
- la non-sécurisation des accès aux escaliers, à la buanderie, au sous-sol et du balcon du 1er étage ;
- le défaut d'hygiène notamment dans les locaux communs et la présence d'odeur nauséabonde ayant fait l'objet de plusieurs réclamations par des familles et enregistrés par l'établissement ;
- le défaut d'accès aux douches dans toutes les chambres ;

Par courrier en date du 22 mai 2024, vous avez apporté une réponse satisfaisante en ce qui concerne : la présence d'IDE, les accès aux douches et la sécurisation des locaux (escaliers, balcon et buanderie). Les mesures concernant ces constats sont levées.

Cependant, vous n'avez pas apporté une réponse satisfaisante sur les dysfonctionnements suivants : l'hygiène des locaux, la présence d'odeur nauséabonde

Monsieur Christian Chatelain
Président de l'association ACCES
Lieu-dit "Abbaye des Guillemins"
59127 Walincourt-Selvigny

et la sécurisation du circuit du médicament. C'est la raison pour laquelle, nous vous avons enjoint par courrier en date du 19 août 2024 de remédier à ces dysfonctionnements.

Dans votre courrier avec ses annexes en date du 23 août 2024 vous avez apporté une réponse satisfaisante à ces problématiques, dont les mesures sont levées à l'exception de la présence d'une odeur nauséabonde.

Le rapport d'inspection et le tableau des mesures envisagées vous ont été transmis le 7 novembre 2024. Lors de la procédure contradictoire, votre réponse reçue le 10 décembre 2024 fait état de la programmation des travaux en ce début d'année 2025 pour résoudre la problématique des odeurs nauséabondes. Nous vous demandons de nous adresser des éléments justificatifs, tels que la facture acquittée datée et signée, ainsi que l'attestation de fin de chantier ou de fin de travaux par retour de ce courrier.

Vous trouverez ci-joint les décisions finales, qui closent la procédure contradictoire. A ce titre, nous vous demandons de bien vouloir mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans les tableaux ci-joint en annexe. Le contrôle de leurs mises en place sera assuré par nos collaborateurs.

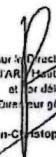
Ainsi, vous voudrez bien leur transmettre, dans le respect des échéances fixées dans le tableau des décisions finales, complété par les délais effectifs de mise en œuvre des actions prévues et les documents demandés.

Nous vous informons que votre établissement peut être inscrit en commission des suites d'inspection présidée par le directeur général de l'ARS.

Nous vous prions d'agrérer, Monsieur le président, l'assurance de notre considération distinguée.

Pour le président du conseil départemental et par délégation,
le directeur de l'autonomie,

Pierre Loyer


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

Pièce jointe :

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

Mesures correctives
Inspection du 16 avril 2024 de l'EHPAD « résidence le Verlaine »
Situé au n°2, rue Victor Hugo à Colleret (59680)

| Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité) | | Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques | Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure | Délai de mise en œuvre effectif |
|--|--|--|--|---------------------------------|
| P1 | Ecart n°1 : Il n'a pas été transmis d'élément mentionnant la présentation du projet d'établissement au conseil de la vie sociale de l'établissement pour approbation. Cette organisation est contraire aux dispositions de l'article L.311-8 du code de l'action sociale et des familles. | Prescription 1 : Transmettre les éléments relatifs à la présentation du projet d'établissement au conseil de la vie sociale de l'établissement pour approbation conformément aux dispositions de l'article L.311-8 du code de l'action sociale et des familles. | Levée | |
| P2 | Ecart n°2 : L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction, ce qui est contraire aux dispositions de l'article D311-21 du code de l'action sociale et des familles. | Prescription 2 : Réaliser des enquêtes de satisfactions annuelles conformément aux dispositions de l'article D311-21 du code de l'action sociale et des familles. | Levée | |

| Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité) | | Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques | Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure | Délai de mise en œuvre effectif |
|--|--|---|--|---------------------------------|
| P3 | <p>Ecart n°3 :</p> <p>Le conseil de vie sociale et l'instance représentative du personnel n'ont pas été consultés avant que le conseil d'administration de l'organisme gestionnaire arrête le règlement de fonctionnement contrairement aux dispositions de l'article R. 311-33 du code de l'action sociale et des familles.</p> <p>Ecart n°6 :</p> <p>En ne réunissant pas le conseil de la vie sociale trois fois par an, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D311-16 du code de l'action sociale et des familles.</p> | <p>Prescription 3 :</p> <p>Respecter les dispositions de l'article R. 311-33 du code de l'action sociale et des familles relatif à la consultation de l'instance représentative du personnel sur le règlement de fonctionnement.</p> <p>Respecter les dispositions relatives au nombre de réunions du CVS par an.</p> | Levée | |
| P4 | <p>Ecart n°4 :</p> <p>Le règlement de fonctionnement n'est pas affiché dans les locaux de l'établissement conformément aux dispositions figurant à l'article R.311-</p> | <p>Prescription 4 :</p> <p>Afficher dans les locaux le règlement de fonctionnement.</p> | Levée | |

| Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité) | | Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques | Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure | Délai de mise en œuvre effectif |
|--|--|--|--|---------------------------------|
| | 34 code de l'action sociale et des familles. | | | |
| P5 | Ecart n°5 : En n'actualisant pas les coordonnées des autorités administratives (agence régionale de santé et conseil départemental) et en ne comportant pas la notice d'information sur la personne de confiance, le livret d'accueil n'est pas conforme 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, ni à l'article D311-0-4 du code de l'action sociale et des familles. | Prescription 5 : Actualiser le livret d'accueil en y inscrivant les coordonnées des autorités administratives (agence régionale de santé et conseil départemental). | 3 mois | |

| Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité) | | Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques | Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure | Délai de mise en œuvre effectif |
|--|--|---|--|---------------------------------|
| P6 | Remarque n°6 : La mission a constaté la présence de détritus et de sacs de poubelles déposés par le service restauration devant la porte d'entrée de l'établissement. | Prescription 6 : Mettre en œuvre des travaux afin de résoudre la problématique liée aux odeurs nauséabondes. | Levée | |
| P7 | Ecart n°8 : La mission a constaté la présence d'odeurs nauséabondes au sein de l'établissement dus à des problématiques de remontée d'eau. Un diagnostic a été réalisé et des travaux sont programmés à l'autonome 2024. La présence de ses odeurs ne permet pas à l'établissement d'offrir aux résidents une prise en charge de qualité, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L.311-3 du code de l'action sociale et des familles. | Prescription 7 : Mettre en place une organisation garantissant la propreté de l'entrée de l'établissement. | 3 mois | |

| Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité) | | Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques | Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure | Délai de mise en œuvre effectif |
|--|---|---|--|---------------------------------|
| P8 | Ecart n°7 : Les accès aux moyens de communication y compris internet, dans les chambres et dans les espaces communs de l'établissement n'est pas mis en place. Cette organisation est contraire aux dispositions du décret ° 2022-734 du 28 avril 2022. | Prescription 8 : Respecter les dispositions du décret ° 2022-734 du 28 avril 2022 relatives à l'accès aux moyens de communications par les résidents. | Levée | |
| P9 | Ecart n°9 : En ne disposant pas de barre de sécurité, les dispositifs d'accessibilité (marches-pieds) mis en place au sein de l'établissement pour les résidents à mobilité réduite ne garantissent pas leur sécurité au sens de l'article L31163 du code de l'action sociale et des familles. Ecart n°10 : L'absence de fermeture des portes des locaux techniques ne permet pas de garantir aux résidents un cadre sécurisé conformément à | Prescription 9 : Sécuriser les locaux sur les points suivants : -dispositifs d'accessibilité mis en place au sein de l'établissement pour les résidents à mobilité réduite ; -accès aux escaliers donnant sur les vestiaires du personnel ; -accès aux locaux techniques ; -local des DASRI. | 3 mois | |

| Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité) | Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques | Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure | Délai de mise en œuvre effectif |
|---|---|---|---------------------------------|
| <p>l'article L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles.</p> <p>Ecart n°11 :</p> <p>Le local des DASRI (déchets d'activité de soins à risque infectieux) n'est pas sécurisé, ce qui est contraire aux dispositions de l'arrêté du 14 octobre 2011 modifiant les arrêtés du 7 septembre 1999 relatifs aux modalités d'entreposage et au contrôle des filières d'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux.</p> | | | |
| <p>P10</p> <p>Ecart n°12 :</p> <p>La mission a constaté que les boissons (jus ..) déposés dans le réfrigérateur ne comportent pas la date d'ouverture et la date de fin de consommation après ouverture. De plus, les températures journalières</p> | <p>Prescription 10 :</p> | <p>Dès la clôture de la procédure contradictoire.</p> | |

| Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité) | | Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques | Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure | Délai de mise en œuvre effectif |
|--|---|--|--|---------------------------------|
| | ne sont pas tracées. Cette organisation présente un risque pour la santé des résidents. Elle est contraire aux dispositions de l'article L.311-3 du code de l'action sociale et des familles. | Mentionner sur les denrées alimentaires et boissons la date d'ouverture et la date de fin de consommation après ouverture. | | |
| P11 | Ecart n°13 : Le temps du médecin coordonnateur est inférieur à celui mentionné dans l'article D.312-156 du code de l'action sociale et des familles. | Prescription 11 : Respecter les dispositions de l'article D.312-156 du code de l'action sociale et des familles relatives au temps de présence du médecin coordonnateur. | 3 mois | |
| P12 | Ecart n°14 : L'établissement n'a pas élaborer une liste de dotation pour soins urgents, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L. 5126-10 du code de la santé publique. Ecart n°15 : La mission a constaté la présence de médicaments et de produits | Prescription 12 : En vue de garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse des résidents prévue à l'article L311-3 du CASF, sécuriser le circuit du médicament sur les points suivants : | 3 mois | |

| Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité) | Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques | Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure | Délai de mise en œuvre effectif |
|---|--|--|---------------------------------|
| <p>multidoses (insuline ...) périmés, ce qui est en contradiction avec les dispositions de l'article R. 4312-38 du code de la santé publique.</p> <p>Remarque n°10 : Les médicaments multidoses ne comportent pas tous l'identité du résident, la date d'ouverture et la date de fin de consommation après ouverture, conformément au résumé des caractéristiques de chaque produit.</p> <p>Remarque n°11 : La mission a constaté la présence de boîtes de médicaments non identifiées.</p> <p>Remarque n°12 : Les protocoles sur le circuit du médicament transmis par l'établissement ne précisent pas,</p> | <ul style="list-style-type: none"> -contrôle régulier des dates de péremption des médicaments et dispositifs médicaux ; -mise dans le circuit Cyclamed les médicaments et les dispositifs médicaux périmés ; -inscription sur les produits multidoses, l'identité du résident, la date d'ouverture et la date d'utilisation après ouverture ; -identification des boîtes des médicaments ; -prise en compte dans les protocoles relatifs au circuit du médicament la conduite à tenir en cas d'erreur d'administration de médicament : appel du centre anti-poison, appel du centre 15, appel du médecin traitant ou du médecin coordonnateur, mise en place d'une surveillance clinique, information de la famille, appel du CRPV (centre régional de pharmacovigilance). -conservation des produits thermosensibles hors porte du réfrigérateur à médicaments sous à la chaîne du froid. | | |

| Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité) | | Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques | Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure | Délai de mise en œuvre effectif |
|--|---|---|--|---------------------------------|
| | <p>qu'en cas d'erreur d'administration de médicament, la nécessité :</p> <ul style="list-style-type: none"> -de contacter le centre antipoison et le CRPV (centre régional de pharmacovigilances) ; -de faire un signalement aux autorités (ARS et conseil départemental). <p>Remarque n°9 :</p> <p>La mission a constaté également la présence de médicaments dans la porte du réfrigérateur. Cette organisation ne garantit pas la bonne conservation des produits thermosensibles.</p> | | | |
| R1 | <p>Remarque n°1 :</p> <p>Le projet de soins inclus dans le projet d'établissement ne comporte pas d'objectifs avec des indicateurs pondérables portant notamment sur des thématiques de santé publique, de prévention ou de</p> | <p>Recommandation 1 :</p> <p>Compléter le projet de soins en y inscrivant des thématiques de santé publique et de prévention, ainsi qu'un volet sur la formation professionnelle.</p> | 6 mois | |

| Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité) | | Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques | Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure | Délai de mise en œuvre effectif |
|--|--|---|--|---------------------------------|
| | formation professionnelles. Il ne comporte pas de fiches actions. Ce document n'est pas conforme aux recommandations de la HAS/ANESM (Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service, mai 2010). | Les objectifs à décliner mentionnés dans ce projet doivent comporter des indicateurs de mesures pondérables et des étapes d'évaluation. | | |
| R2 | Remarque n°2 : L'absence d'affichage dans l'établissement du numéro d'appel national unique 3977 en cas de maltraitance est contraire aux recommandations de la HAS - « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - décembre 2008. | Recommandation 2 : Afficher dans les locaux le numéro d'appel national unique 3977. | Levée | |
| R3 | Remarque n°3 : Les professionnels ne signalent pas systématiquement tous les événements indésirables graves. | Recommandation 3 : Mettre en place une organisation garantissant : -le signalement des EI et des EIGS, | Levée | |

| Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité) | Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques | Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure | Délai de mise en œuvre effectif |
|---|--|--|---------------------------------|
| <p>Remarque n°4 :</p> <p>Les évènements indésirables (EI) et les évènements indésirables graves (EIG) signalés ne font pas l'objet d'un RETEX (retour d'expérience) structuré à tous les professionnels susceptibles d'être confrontés à ces EI/EIG.</p> <p>Remarque n°5 :</p> <p>Les réclamations les plus récurrentes ne font pas l'objet d'un travail structuré : analyse, plans d'actions, réponses aux réclamants, évaluation des plans d'actions, partage des informations entre les professionnels.</p> <p>Remarque n°7 : Les douches réalisées ne sont pas tracées sur le planning dédié à cet effet.</p> | <ul style="list-style-type: none"> -la mise en place de RETEX après chaque EIGS, -l'analyse des réclamations les plus récurrentes, afin d'y apporter des solutions pérennes, -la traçabilité des actes réalisés tels que les douches. | | |

| Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité) | | Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques | Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure | Délai de mise en œuvre effectif |
|--|---|---|--|---------------------------------|
| R4 | Remarque n°8 : L'établissement n'a pas mis en place une commission des menus. Cette organisation n'est pas conforme aux recommandations de la HAS/ANESM (Qualité de vie en Ehpad (volet 3) ; La vie sociale des résidents en Ehpad, décembre 2011), p37 « Favoriser la constitution et l'animation de lieux de débats et de participation. Comme par exemple : un conseil de résidents / comité vie de l'établissement, un comité animation, une commission menus ». | Recommandation 4 : Mettre en place une commission des menus propre à l'établissement en y associant les résidents. | 3 mois | |
| R5 | Remarque n°9 : Les menus ne sont pas affichés en gros caractères. Cette organisation ne permet pas aux personnes ayant une déficience visuelle de prendre connaissance des menus. Elle est n'est pas conforme aux recommandations de la HAS/ANESM (Qualité de vie en | Recommandation 5 : Afficher les menus en gros caractères afin qu'ils soient visibles à tous les résidents. | Levée | |

| Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité) | Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques | Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure | Délai de mise en œuvre effectif |
|---|--|--|---------------------------------|
| Ehpad (volet 2) Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne, juin 2011) p33 : « Donner l'envie de venir en salle à manger et stimuler l'appétit en affichant en gros caractères le menu du jour dans les différents endroits de passage des résidents dans l'établissement ». | | | |