

**Le directeur général**

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale  
Sous-direction inspection-contrôle  
Mission n°2023-HDF-00307  
[REDACTED]

Lille, le

**LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION**

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Saint-Léger situé au 9 rue Paul Deviolaine à SOISSONS (02200) 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 envisagées vous ont été notifiés le 08 janvier 2024.

Par courriel reçu par mes services le 6 février 2024, 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.

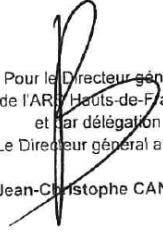
Le contrôle de leur mise en œuvre sera assuré, à l'ARS, par l'unité de contrôle sur pièces – sous-direction inspection contrôle, de la direction de sécurité sanitaire et santé environnementale. Ainsi, vous voudrez bien transmettre par courriel à [ARS-HDF-CP@ars.sante.fr](mailto:ARS-HDF-CP@ars.sante.fr),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

Monsieur Jean-Pierre WAMBERGUE  
Président du conseil d'administration  
EHPAD Vermeil Soissons  
9 rue Deviolaine  
02200 SOISSONS

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, Monsieur le président, 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



Copie à Madame Claire GANDON, 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 Saint Léger à SOISSONS (02200) initié le 19 octobre 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 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.	<b>Prescription n°1 :</b> Prévoir quotidiennement les effectifs suffisants en nombre et en qualification, notamment en UVA, afin de garantir la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents conformément aux dispositions de l'article L311-3-3° du CASF.	12 mois	
E11	L'inconstance des effectifs présents par poste horaire, en termes de nombre et de qualification des agents, 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.			

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)
E12	En l'absence de personnel en nombre suffisant, la sécurité des résidents de l'UVA n'est pas garantie, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 1 du CASF.		/	06/02/2024
E13	La surveillance des résidents de l'UVA la nuit n'est pas organisée, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1° 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)
E8	Le temps de travail du médecin coordonnateur de l'EHPAD n'est pas conforme aux dispositions de l'article D312-156 du CASF.	<b>Prescription n°2 :</b> Augmenter le temps de travail du médecin coordonnateur à hauteur de 0,6 ETP conformément à l'article D312-156 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)
E9	Le médecin coordonnateur ne dispose pas, au jour du contrôle, 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.	<b>Prescription n°3 :</b> Inscrire le médecin coordonnateur dans une formation de manière à satisfaire aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF.	6 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°4 :</b> Mettre en œuvre la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D312-158 du CASF.	9 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)
E3 Au jour du contrôle, les modalités d'organisation du CVS ne sont pas conformes aux dispositions des articles L311-6 et D311-3 et suivants du CASF.	<p><b>Prescription n°5 :</b>            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 12 du rapport de contrôle).</p>	3 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)
E1  La continuité de la fonction de direction, en l'absence de la directrice, n'est pas suffisamment organisée et sécurisée, contrairement aux articles D.312176-7 et L311-3 du CASF.	<p><b>Prescription n°6 :</b>            Formaliser l'organisation des astreintes, afin d'assurer une continuité de la fonction de direction conformément aux articles D.312-176-7 et L311-3 du CASF.</p>	/	06/02/2024

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  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.	<p><b>Prescription n°7 :</b></p> <p>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.</p>	12 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)
E6  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°8 :</b></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"> <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>	3 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)
E15	Le contrat de séjour n'est pas entièrement conforme aux dispositions des articles D. 311 et R. 314-149 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.	<p><b>Prescription n°9 :</b>            Actualiser le contrat de séjour afin de s'assurer que son contenu est conforme aux dispositions des articles D311 et R. 314-149 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 (cf. page 31 du rapport de contrôle).</p>	3 mois	
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><b>Prescription n°10 :</b>            Consulter le CVS et les instances représentatives du personnel dans le cadre de l'élaboration du règlement de fonctionnement, et faire figurer ces modalités dans le contenu du règlement conformément aux dispositions de l'article R311-33 du CASF.</p>	6 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)
E4  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°11 :</b> Annexer le plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique (plan bleu) au projet d'établissement conformément à l'article D. 312-160 CASF.	1 mois	
E14  En ne disposant pas d'un RAMA, cosigné par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement et soumis à la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 10° du CASF.	<b>Prescription n°12 :</b> Faire cosigner le RAMA 2023 par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement et le soumettre 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	

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)
R10	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°1 :</b> Mettre en œuvre les transmissions ciblées au sein de l'établissement et organiser des formations ou sensibilisations à destination du personnel sur celles-ci.	<b>12 mois</b>	
R9	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°2 :</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)
R8  L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'une procédure complète relative aux modalités d'élaboration et de réactualisation des projets d'accompagnement personnalisé.	<b>Recommandation n°3 :</b> Réviser la procédure intitulée « projet personnalisé d'accompagnement du résident (PPAR) » en y intégrant davantage de précisions, dont les modalités de participation du résident à l'élaboration de son PAP.	/	06/02/2024
R3  La procédure de « traitement des dysfonctionnements (événements indésirables et réclamations) » n'aborde pas la déclaration des événements indésirables graves liés aux soins (EIGS).	<b>Recommandation n°4 :</b> Réviser la procédure de « traitement des dysfonctionnements (événements indésirables et réclamations) » en abordant les démarches de déclaration obligatoire des événements indésirables graves liés aux soins (EIGS).	3 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)
R4	En l'absence de transmission des comptes rendus de RETEX, la mission de contrôle ne peut s'assurer que la méthodologie est correctement déployée au sein de l'établissement.	<p><b>Recommandation n°5 :</b></p> <p>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.</p>	3 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)
R5	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un livret d'accueil du nouvel arrivant.	<b>Recommandation n°6 :</b> Formaliser un livret d'accueil du nouvel arrivant.	3 mois	
R2	En l'absence de formalisation d'un plan d'actions d'amélioration continue de la qualité complète, de l'enregistrement et du suivi 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°7 :</b> Déployer la démarche d'amélioration continue de la qualité, notamment en réalisant des bilans des plaintes et des réclamations des résidents, et en formalisant un plan d'actions d'amélioration continue de la qualité.	6 mois	
R1	Le document unique de délégation n'est pas signé et daté.	<b>Recommandation n°8 :</b> Dater et signer le document unique de délégation du président du Conseil d'Administration à la directrice de l'EHPAD.	/	06/02/2024

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)
R7	Le projet de soins ne mentionne pas les modalités de son élaboration.	<b>Recommandation n°9 :</b> Mentionner dans le projet de soins, les modalités de son élaboration (par le médecin coordonnateur, avec le concours de l'équipe soignante).	/	06/02/2024
R6	Des feuilles de présence ne sont pas systématiquement signées lors des formations / sensibilisations, ce qui ne permet pas de les valoriser.	<b>Recommandation n°10 :</b> Faire signer systématiquement lors des formations et des sensibilisations des feuilles de présence.	12 mois	