

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé  
environnementale  
Sous-direction inspection-contrôle  
Mission n° 2023-HDF-00369



Lille, le

Le directeur général de l'agence  
régionale de santé

à

Monsieur Fabien PETIT  
Directeur de l'EHPAD Résidence  
du Pays de Mormal  
11 avenue du Maréchal Foch  
59550 LANDRECIES

### **LETTRÉ RECOMMANDÉE AVEC ACCUSÉ RÉCEPTION**

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Résidence du Pays de Mormal sis 11 avenue du Maréchal Foch à Landrecies (59550) initié le 4 décembre 2023.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Résidence du Pays de Mormal sis 11 avenue du Maréchal Foch à Landrecies (59550) 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 4 décembre 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 30 juillet 2024.

Par courrier reçu le 9 octobre 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

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 du Pays de Mormal à Landrecies (59550) initié le 4 décembre 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'État d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, sont réalisées par des ASH. 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 1 :</b> Entreprendre les démarches pour 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° du CASF et transmettre un échéancier à la mission de contrôle.	Dès réception du rapport	
E11	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	<b>Prescription 2 :</b> Indiquer les moyens que la direction de l'établissement entend mobiliser pour remédier au temps de travail insuffisant du médecin coordonnateur conformément aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Dès réception du rapport	
E12	La fiche de poste du médecin coordonnateur ne reprend pas l'ensemble des missions présentées par l'article D. 312-158 du CASF.	<b>Prescription 3 :</b> Mettre à jour la fiche de poste du médecin coordonnateur en mentionnant les missions inscrites à l'article D. 312-158 du CASF.		30/09/2024
E8	En ne vérifiant pas systématiquement les extraits de casier judiciaire de son	<b>Prescription 4 :</b>	1 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)
	personnel et en ne les renouvelant pas régulièrement, 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.	Vérifier de manière exhaustive l'ensemble des extraits de casier judiciaire des professionnels de l'EHPAD, et perpétuer la démarche en effectuant une vérification à intervalle régulier des extraits de casier judiciaire comme le précise l'article L. 133-6 du CASF.		
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.	<b>Prescription 5 :</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 médicosociales.		30/09/2024
E1	La commission de coordination gériatrique n'est pas réunie de manière régulière contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158, 3° du CASF.	<b>Prescription 6 :</b> Réunir la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312158 du CASF.	3 mois	
E13	Le RAMA n'a pas été soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique contrairement à l'article D. 312-158 alinéa 10 du CASF.	<b>Prescription 7 :</b> Soumettre le dernier rapport annuel d'activité médicale pour avis à la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312158 alinéa 10 du CASF.	3 mois	
E7	Le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions des articles L. 311-4 et D. 311-39 du CASF, ainsi que l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.	<b>Prescription 8 :</b> Les documents institutionnels (projet d'établissement, livret d'accueil et règlement de fonctionnement) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	6 mois	
E5	Le plan bleu n'est pas conforme aux dispositions de l'instruction ministérielle du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations			

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)
	sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD.			
E4	Le projet d'établissement ne comporte pas de partie détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique, contrairement aux dispositions de l'article D. 312-160 du CASF.			
E3	En ne précisant pas les modalités d'organisation des soins palliatifs, le projet d'établissement contrevient aux dispositifs de l'article L.311-8 du CASF.			
E6	En n'ayant pas consulté les instances représentatives du personnel et le CVS ou une autre forme de participation, le règlement de fonctionnement contrevient aux dispositions de l'article R. 311-33 du CASF.			
E2	La composition actuelle du CVS n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311-5 du CASF.	<b>Prescription 9 :</b> Mettre en conformité la composition du CVS tel que précisé par l'article D. 311-5 du CASF.		30/09/2024
R3	L'établissement ne dispose pas, au jour d'un contrôle, d'un système d'enregistrement permanent et de suivi des réclamations et plaintes des résidents.	<b>Recommandation 1 :</b> Mettre en place un système d'enregistrement permanent et de suivi des réclamations et plaintes des résidents, puis, réaliser un bilan annuel des réclamations et plaintes des usagers.	6 mois	
R4	L'établissement ne réalise pas de bilan annuel effectif des réclamations et plaintes.			
R2	Les actions engagées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la	<b>Recommandation 2 :</b> Mettre à jour le plan d'action portant sur l'amélioration continue de la qualité.		30/09/2024

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)
	qualité n'ont pas été actualisées depuis 2022.			
R9	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 3 :</b> Réaliser une étude sur les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que ces délais sont corrects.	1 mois	
R10	Les sensibilisations relatives aux transmissions ciblées ne sont pas tracées par l'établissement.	<b>Recommandation 4 :</b> Faire signer systématiquement lors de sensibilisations et formations sur les transmissions ciblées des feuilles de présence et les transmettre à la mission de contrôle.		30/09/2024
R8	La procédure d'admission est incomplète.	<b>Recommandation 5 :</b> Mettre à jour la procédure d'admission en équipe pluridisciplinaire et l'appliquer.		30/09/2024
R11	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux urgences, à la douleur et aux soins palliatifs.	<b>Recommandation 6 :</b> Etablir et transmettre les protocoles relatifs aux urgences, à la douleur et aux soins palliatifs et réévaluer de façon périodique les différents protocoles.	3 mois	
R13	L'ensemble des protocoles n'a pas été évalué de façon périodique.			
R12	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation du personnel aux protocoles n'est pas garantie.	<b>Recommandation 7 :</b> Former le personnel aux protocoles de l'établissement et mettre en place un émargement systématique lors de formations internes et externes.	4 mois	
R7	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement attestant la réalisation de formations, la formation du personnel n'est pas garantie.	<b>Recommandation 8 :</b> Transmettre les feuilles d'émargement relatives aux formations internes/externes réalisées.		30/09/2024

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)
R6	La fiche de tâches des IDE n'a pas été remise à la mission de contrôle.	<b>Recommandation 9 :</b> Transmettre la fiche de tâches établie pour les IDE.		30/09/2024
R5	Le taux de turn over des effectifs soignants pour l'année 2020 n'a pas été transmis à la mission de contrôle.	<b>Recommandation 10 :</b> Transmettre le taux de turn over des effectifs soignants (IDE, ASAES-AMP) pour l'année 2020.		30/09/2024
R1	L'organigramme n'est pas daté.	<b>Recommandation 11 :</b> Dater l'organigramme.		30/09/2024