

**Le directeur général**

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale  
Sous-direction inspection-contrôle  
Mission n° 2024-HDF-00101



**LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION**

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Résidence Les Cygnes sis 9 rue Jean Deprat à Leers (59115) 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 27 février 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 17 décembre 2024.

En l'absence de présentation d'observations de votre part dans les délais impartis, la procédure contradictoire est désormais close. En conséquence, vous trouverez, dans le tableau joint en annexe, la liste des mesures correctives que je vous demande de mettre en œuvre dans les délais indiqués, qui courent à compter de la réception de la présente

Au regard des délais de transmission tardifs des documents initiaux, de l'absence de réponse de l'établissement aux demandes d'informations manquantes et l'absence de retour suite aux propositions de mesures envisagées, j'attire votre attention sur le fait que les mesures nécessaires pour garantir la qualité de la prise en charge des résidents devront être mises en place rapidement et feront l'objet d'un suivi rapproché par mes services.

Monsieur Jean-Philippe ANDRIES  
Président du Conseil d'Administration  
CCAS de Leers  
Mairie de Leers  
25 rue de Lys  
59115 LEERS

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-HDFCP@ars.sante.fr](mailto:ARS-HDFCP@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'agréer, 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 Isabelle CHARLOT, directrice de l'établissement.

Pièce jointe :

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

ARS Hauts-de-France – 556 avenue Willy Brandt – 59777 EURALILLE  
0 809 402 032 - [www.hauts-de-france.ars.sante.fr](http://www.hauts-de-france.ars.sante.fr)

**Mesures correctives à mettre en œuvre**

**Contrôle sur pièces de l'EHPAD Résidence Les Cygnes à Leers (59115) initié le 27 février 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)
---	--	------------------------	--

E11	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 AVS ; 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'aidesoignant sous la responsabilité d'un IDE.	<p><b>Prescription 1 :</b></p> <p>Entreprendre les démarches pour supprimer les glissements de tâches et transmettre un échéancier à la mission de contrôle, et s'assurer d'un nombre de personnel qualifié suffisant, de jour comme de nuit y compris au sein de l'UVA, afin de garantir une prise en charge sécurisée des résidents, et le respect de leur rythme de vie conformément aux dispositions de l'article L311-3 1° du CASF.</p>	Dès réception du rapport	
E12	Au regard des déclarations de l'établissement sur l'insuffisance et l'inconstance des effectifs par catégorie professionnelle, la mission de			

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)
	contrôle constate que la qualité et la sécurité de la prise en charge et l'accompagnement des résidents au sens de l'article L. 311-3, 1° du CASF ne sont pas garanties.			
<b>E13</b>	La surveillance des résidents de l'UVA la nuit n'est pas organisée ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3-1° du CASF.			

E17	Dans la mesure où la collation nocturne n'est pas proposée 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.	<b>Prescription 2 :</b> Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	Dès réception du rapport	
E18	L'absence de réponse réactive en cas du déclenchement du dispositif d'appel malade ne permet pas de garantir la sécurité	<b>Prescription 3 :</b> Veiller à une réponse aux appels malades, dans des délais satisfaisants, afin de garantir la sécurité des résidents	Dès réception du rapport	
<b>Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle</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>
	des résidents, contrairement aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF et des recommandations de la HAS.	conformément aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF et des recommandations de la HAS.		

<b>E10</b>	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, de médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D. 312-155-0 du CASF.	<b>Prescription 4 :</b> Indiquer les moyens que la direction de l'établissement entend mobiliser pour recruter un médecin coordonnateur conformément à l'article D. 312155-0 du CASF.	<b>Dès réception du rapport</b>	
<b>E9</b>	En l'absence de vérification à l'embauche du diplôme pour 14 professionnels exerçant la profession d'AS et de l'extrait de casier judiciaire national, puis de vérification régulière de l'extrait de casier judiciaire, 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 du personnel à exercer auprès de personnes vulnérables.	<b>Prescription 5 :</b> Vérifier de manière exhaustive l'ensemble des diplômes et 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 conformément à la réglementation.	<b>1 mois</b>	
<b>E8</b>	La politique de prévention et de lutte contre la maltraitance est insuffisamment impulsée au sein de l'établissement	<b>Prescription 6 :</b> Renforcer la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance conformément à la réglementation :	<b>6 mois</b>	



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)
	contrairement aux dispositions de l'article L. 3118 du CASF et de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007, ainsi qu'aux recommandations de la HAS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En détaillant la politique mise en place dans le projet d'établissement ;</li> <li>- En mettant à jour le livret d'accueil 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, et aux dispositions des articles D311-39 et L. 311-4 du CASF et l'actualiser ;</li> <li>- En mettant à jour la procédure de signalement d'une situation de maltraitance ;</li> <li>- Mettre en place un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles pour l'ensemble du</li> </ul>		
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.			
R5	Le livret d'accueil n'a pas été actualisé depuis 2017.			
R6	La procédure de signalement d'une situation de maltraitance n'a pas été mise à jour depuis 2014.			

<b>R7</b>	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles pour l'ensemble du personnel.		
-----------	---	--	--

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.		
<b>E1</b>	La Commission de Coordination Gériatrique n'a pas été réunie depuis 2018 contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158, 3° CASF.	<b>Prescription 7 :</b> Réunir régulièrement la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	<b>4 mois</b>	

<b>E14</b>	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.	<b>Prescription 8 :</b> Le médecin coordonnateur doit élaborer, avec le concours de l'équipe soignante, un projet général de soins conforme à la réglementation et qui devra être intégré dans le projet d'établissement en application des articles D.312-158 du CASF.	<b>6 mois</b>	
<b>E15</b>	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 9 :</b> Etablir un rapport annuel d'activité médicale conforme aux dispositions des articles D. 3121553, alinéa 9 et D. 312-158, alinéa 10 du CASF.	<b>3 mois</b>	

<b>Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle</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>
<b>E2</b>	Les modalités d'organisation du CVS ne sont pas conformes aux dispositions des articles D.311-5, D.311-16, D311-19 et D. 311-20 du CASF.	<b>Prescription 10 :</b> - Mettre en conformité le fonctionnement du CVS conformément aux dispositions des articles D.311-5, D.311-16, D31119 et D. 311-20 du CASF ;		

<b>R3</b>	Le règlement intérieur du CVS n'est pas à jour.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre à jour le règlement intérieur du CVS ;</li> <li>- Transmettre les comptes rendus des réunions des 29/06/2023 et 17/10/2023 à la mission de contrôle.</li> </ul>	<b>3 mois</b>	
<b>R4</b>	Les comptes rendus des réunions des 29/06/2023 et 17/10/2023 n'ont pas été transmis à la mission de contrôle.			
<b>E3</b>	L'EHPAD ne dispose pas d'un projet d'établissement en cours de validité au jour du contrôle ce qui contrevient à l'article L. 311-8 du CASF.	<b>Prescription 11 :</b> Les documents institutionnels (le projet d'établissement, le plan bleu, le règlement de fonctionnement et le livret	<b>6 mois</b>	
<b>E4</b>	L'établissement ne dispose pas d'un plan bleu conforme à l'article R. 311-38-1 du CASF et aux dispositions de l'instruction ministérielle du 28 novembre 2022 relative au	d'accueil) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.		

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)
	cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD.			
E5	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.			

E6	En l'absence de certaines mentions réglementaires, le règlement de fonctionnement n'est pas conforme aux articles R. 31133 à R. 311- 37du CASF et contrevient aux dispositions du Décret n° 2022-734 du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médicosociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de		
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)

	<p>l'action sociale et des familles, et notamment à l'annexe 2-3-1 relative au socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, en ne mettant pas à disposition du résident une connexion internet dans sa chambre.</p>			
--	--	--	--	--

<b>E16</b>	<p>Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311 du CASF et du décret n° 2022-734 du 28 avril</p> <p>2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médicosociaux.</p>	<p><b>Prescription 12 :</b></p> <p>Actualiser le contrat de séjour et s'assurer que son contenu est conforme aux dispositions de l'article D.311 du CASF et au décret n° 2022-734 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>3 mois</b>	
<b>R24</b>	<p>Le nombre de toilettes effectuées par chaque soignant le matin n'a pas été communiqué à la mission de contrôle.</p>	<p><b>Recommandation 1 :</b></p> <p>Transmettre le nombre de toilettes effectuées par chaque soignant le matin.</p>	<b>1 mois</b>	
<p><b>Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de</b></p> <p><b>contrôle</b></p>		<p><b>Prescriptions (P) /</b></p> <p><b>Recommandations (R)</b></p>	<b>Délai de mise en œuvre</b>	<p><b>Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)</b></p>
<b>R23</b>	<p>Le tableau prévisionnel des projets personnalisés transmis à la mission de contrôle ne permet pas de s'assurer que les projets personnalisés sont élaborés dans les 6 mois suivant l'entrée du résident.</p>	<p><b>Recommandation 2 :</b></p> <p>Formaliser le tableau prévisionnel des projets personnalisés et s'assurer qu'ils sont élaborés dans les 6 mois suivant l'entrée du résident.</p>	<b>3 mois</b>	



<b>R22</b>	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'admission formalisée.	<b>Recommandation 3 :</b> Mettre à jour la procédure d'admission en équipe pluridisciplinaire et l'appliquer.	<b>3 mois</b>	
<b>R11</b>	L'établissement ne dispose pas d'une procédure de gestion interne des événements indésirables, contrairement aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Recommandation 4 :</b> Formaliser une procédure de déclaration interne et externe des événements indésirables et événements indésirables graves liés aux soins ;</li> <li>- Transmettre à la mission de contrôle les 3 derniers comptes rendus de RETEX ; Mettre en place des sensibilisations internes sur la déclaration des</li> </ul>		
<b>R13</b>	L'établissement ne dispose pas d'une procédure de déclaration externe des événements indésirables graves (EIG) et des événements indésirables graves liés aux soins (EIGS).			
<b>R14</b>	Aucun compte-rendu de RETEX lié à l'analyse des			
<b>Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle</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>

	événements indésirables graves n'a été transmis à la mission de contrôle.	EI/EIG et transmettre les feuilles d'émargement.		
--	---	--	--	--

<b>R12</b>	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation du personnel à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.			
<b>R26</b>	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux changes et prévention de l'incontinence, aux soins palliatifs ainsi qu'au circuit du médicament.	<b>Recommandation 5 :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Etablir et transmettre les protocoles relatifs aux changes et prévention de l'incontinence, aux soins palliatifs ainsi qu'au circuit du médicament ;</li> <li>- Etablir les protocoles en concertation avec les équipes ;</li> <li>- Organiser régulièrement des formations et sensibilisations sur les protocoles internes et transmettre les feuilles d'émargement ;</li> <li>- Évaluer les protocoles de façon périodique.</li> </ul>		
<b>R27</b>	Les protocoles n'ont pas été élaborés en concertation avec les équipes.			
<b>R28</b>	Le personnel n'est pas formé aux protocoles.			
<b>R29</b>	Les protocoles ne sont pas évalués périodiquement.			
			<b>3 mois</b>	

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

<b>R10</b>	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 6 :</b> Rédiger un plan global d'actions concernant les actions d'amélioration continue de la qualité.	<b>3 mois</b>	
<b>R8</b>	Au jour du contrôle, l'établissement ne réalise pas de bilan annuel effectif des plaintes et réclamations.	<b>Recommandation 7 :</b> Réaliser un bilan annuel des réclamations des usagers.	<b>3 mois</b>	
<b>R9</b>	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuellement.	<b>Recommandation 8 :</b> Réaliser régulièrement des enquêtes de satisfaction auprès des résidents et des familles.	<b>3 mois</b>	
<b>R15</b>	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'accueil du nouvel arrivant.	<b>Recommandation 9 :</b> Etablir une procédure d'accueil du nouvel arrivant et la transmettre à la mission de contrôle.	<b>2 mois</b>	

<b>R18</b>	Le taux d'absentéisme et de turnover des effectifs soignants des 3 dernières années n'a pas été transmis à la mission de contrôle.	<b>Recommandation 10 :</b> Transmettre le taux d'absentéisme et de turnover des effectifs soignants des 3 dernières années.	<b>1 mois</b>	
------------	--	--	---------------	--

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)
<b>R25</b>	En l'absence de transmission de feuille d'émargement, la mission de contrôle ne peut s'assurer que les professionnels sont régulièrement sensibilisés aux transmissions ciblées.	<b>Recommandation 11 :</b> Transmettre les feuilles d'émargement des sensibilisations aux transmissions ciblées.	<b>1 mois</b>	
<b>R16</b>	L'établissement n'a pas transmis le nombre de séquences de travail et le nombre de jours travaillés des personnes recrutées en CDD pour les 3 derniers mois à la mission de contrôle.	<b>Recommandation 12 :</b> Transmettre le nombre de séquences de travail et le nombre de jours travaillés des personnes recrutées en CDD pour les 3 derniers mois.	<b>1 mois</b>	

<b>R21</b>	L'établissement n'a pas transmis le plan de formation prévisionnel de l'année 2024.	<b>Recommandation 13 :</b> Transmettre le plan de formation prévisionnel de l'année 2024.	<b>1 mois</b>	
<b>R17</b>	La fiche de paie de l'infirmière coordinatrice n'a pas été transmise à la mission de contrôle.	<b>Recommandation 14 :</b> Transmettre la fiche de paie de l'infirmière coordinatrice.	<b>1 mois</b>	
<b>Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle</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>
<b>R19</b>	La fiche de poste de l'auxiliaire de vie comporte des missions qui ne lui sont pas normalement octroyées.	<b>Recommandation 15 :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre à jour la fiche de poste des auxiliaires de vie afin qu'elle comporte des missions qui relèvent de leurs compétences ;</li> <li>- Rédiger des fiches de tâches pour toutes les catégories professionnelles de jour.</li> </ul>	<b>1 mois</b>	
<b>R20</b>	Toutes les catégories professionnelles ne disposent pas de fiche de tâches.			
<b>R2</b>	La continuité de la fonction de direction n'est pas organisée en cas d'absence de la directrice.	<b>Recommandation 16 :</b> Formaliser l'organisation des astreintes en l'absence de la directrice.	<b>1 mois</b>	

<b>R1</b>	En l'absence de liens fonctionnels, l'organigramme, non nominatif, ne permet pas de rendre compte du fonctionnement interne de l'établissement.	<b>Recommandation 17 :</b> Transmettre un organigramme nominatif et mentionnant les liens hiérarchiques et fonctionnels.	<b>1 mois</b>	
-----------	---	---	---------------	--