

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé  
environnementale  
Sous-direction inspection-contrôle  
Mission n° 2024-HDF-00391



Lille, le

Le directeur général de l'agence  
régionale de santé

à

Monsieur Fabien PETIT  
Directeur  
EHPAD Résidence Florence  
Nightingale  
57 rue du Général de Gaulle  
59730 SOLESMES

**LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION**

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Résidence du Florence Nightingale sis 57 rue du Général de Gaulle à Solesmes (59730) initié le 12 juillet 2024.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Résidence Florence Nightingale sis 57 rue du Général de Gaulle à Solesmes (59730) 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 12 juillet 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 14 février 2025.

Par courrier reçu le 19 mars 2025, 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 Florence Nightingale à Solesmes (59730) initié le 12 juillet 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)
E9	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'aidesoignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, sont réalisées par des ASHQ. 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 et transmettre un échéancier à la mission de contrôle. S'assurer d'un nombre de personnel suffisant en nombre et en qualification, le jour et la nuit, 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.	6 mois	
E14	L'insuffisance des effectifs présents par poste horaire de jour et de nuit, en			

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)
	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 L. 311-3, 1° du CASF.			

E10	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	
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)

E12	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 3 :</b> Transmettre l'attestation de formation effective concernant la formation du médecin coordonnateur, conformément aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF.	6 mois	
E11	Le médecin coordonnateur réalise des missions de médecin prescripteur au détriment de ses missions de coordination, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	<b>Prescription 4 :</b> S'assurer que le temps de travail (0,6 ETP) du médecin coordonnateur est dédié à la réalisation de ses missions de coordination conformément à l'article D. 312-156 du CASF et transmettre la répartition en ETP de ses missions de coordination et de prescription.	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)
---	--	------------------------	--

E13	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 5 :</b> Mettre à jour la fiche de poste du médecin coordonnateur en mentionnant les missions inscrites à l'article D. 312-158 du CASF.		19/03/2025
E16	L'établissement n'a pas rédigé de rapport annuel d'activité médicale respectant les conditions des articles D. 312-155-3, alinéa 9 et D. 312-158, alinéa 10 du CASF.	<b>Prescription 6 :</b> Etablir un rapport annuel d'activité médicale conforme aux dispositions des articles D. 312155-3, alinéa 9 et D. 312-158, alinéa 10 du CASF. Puis, soumettre le RAMA pour avis à la commission de coordination gériatrique, le faire co-signer par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement conformément à l'article D. 312158 alinéa 10 du CASF.	3 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)
E8	En ne renouvelant pas régulièrement les extraits de casier judiciaire de son personnel, 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 7 :</b> Renouveler régulièrement les extraits de casier judiciaire en effectuant une vérification à intervalle régulier comme le précise l'article L. 133-6 du CASF.	<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)
E1	Les modalités d'organisation du CVS ne sont pas conformes aux dispositions des articles D. 311-5 et D. 311-16 du CASF.	<b>Prescription 8 :</b> Mettre en conformité le CVS en :	<b>3 mois</b>	

E2	Le règlement intérieur du CVS n'est pas à jour contrairement aux	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Révisant la composition du CVS conformément aux dispositions de l'article D. 311-5 du CASF ;</li> <li>- Réunissant au moins 3 fois par an le CVS conformément à l'article D.</li> </ul>		
----	--	--	--	--

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

	dispositions du décret n°2022-688 du 25 avril 2022 portant modification du conseil de la vie sociale et autres formes de participation.	- 311-16 du CASF ; Mettant à jour le règlement intérieur du CVS conforme aux dispositions de l'article D. 311-8 du CASF et du décret n°2022-688 du 25 avril 2022 portant modification du conseil de la vie sociale et autres formes de participation.		
--	---	--	--	--

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)
E3	Le projet d'établissement contrevient aux dispositions des articles L. 311-8 et D. 311-38-5 du CASF.	<b>Prescription 9 :</b> Les documents institutionnels (projet d'établissement, plan bleu, projet de soins, règlement de fonctionnement et livret d'accueil) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	6 mois	
E15	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.			
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.			

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 sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD.		
----	---	--	--

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)
E7	Le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311-39 du CASF.			

E6	En l'absence de certaines mentions réglementaires, le règlement de fonctionnement n'est pas conforme aux articles R. 311-33 et R. 311-37 du 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 médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de 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			
----	--	--	--	--

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

	personnes dépendantes. âgées			
R3	L'infirmier coordinateur ne dispose pas, au jour du contrôle, d'une formation spécifique au métier d'encadrement contrairement aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS	<b>Recommandation 1 :</b> S'assurer que l'IDEC dispose d'une formation dédiée à l'encadrement.	<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)
	de 2008.			
R1	L'établissement ne réalise pas de bilan annuel effectif des réclamations et plaintes.	<b>Recommandation 2 :</b> Réaliser un bilan annuel des réclamations et plaintes des usagers.	<b>3 mois</b>	

R8	L'ensemble des professionnels n'est pas formé aux transmissions ciblées.	<b>Recommandation 3 :</b> Organiser des formations ou sensibilisations sur les transmissions ciblées à destination de l'ensemble du personnel. Mettre en place un émargement systématique lors		19/03/2025
----	--	---	--	------------

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)
		de ces formations et transmettre les feuilles d'émargement à la mission de contrôle.		
R9	L'établissement ne dispose pas de protocole relatif à la douleur.	<b>Recommandation 4 :</b> Etablir, en concertation avec les équipes soignantes, le protocole relatif à la douleur. Réévaluer de façon périodique les différents protocoles en lien avec les équipes.	3 mois	
R10	L'ensemble des protocoles n'a pas été évalué de façon périodique.			

R6	La procédure d'admission est incomplète.	<b>Recommandation 5 :</b> Mettre à jour la procédure d'admission en équipe pluridisciplinaire et l'appliquer.		19/03/2025
----	--	--	--	------------

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)

R5	L'établissement n'a pas transmis les fiches de poste du personnel de l'établissement ainsi que les fiches de tâches pour les IDE.	<b>Recommandation 6 :</b> Etablir et transmettre à la mission de contrôle : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les fiches de poste pour l'ensemble des professionnels de l'établissement ;</li> <li>- Les fiches de tâches des IDE.</li> </ul>	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)
---	--	------------------------	--

R7	L'établissement n'a pas transmis le résultat des études sur les délais de réponse des appels malades.	<b>Recommandation 7 :</b> Transmettre à la mission de contrôle les résultats de l'étude réalisée sur les délais de réponse aux appels malades.	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)
R2	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation du personnel à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.	<b>Recommandation 8 :</b> Transmettre à la mission de contrôle les feuilles d'émargement sur la déclaration des événements indésirables.		19/03/2025
R4	L'établissement a précisé des taux de turn-over des équipes élevés sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	<b>Recommandation 9 :</b> Étudier les causes de turn-over des équipes soignantes élevé, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	6 mois	