

**Le directeur général**

Lille, le **22 AOÛT 2023**

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale  
Sous-direction inspection-contrôle  
Mission n° 2023-HDF-00031

**LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION**

Madame la directrice générale,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD La Grange des Prés sis 6, Avenue de la Libération à Lamorlaye (60260) 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 mars 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 5 juin 2023.

Par courrier reçu par mes services le 5 juillet 2023, 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.

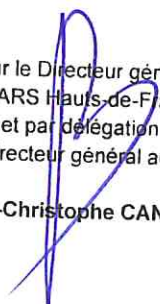
A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

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.

Madame Sophie BOISSARD  
Directrice générale  
Groupe KORIAN  
21, rue Balzac  
75008 PARIS

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, Madame la directrice générale, 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**

Pièce jointe :

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

Copie à Madame Alexandra Olivie FOSSEREAU, directrice d'établissement.

## Mesures correctives à mettre en œuvre

### Contrôle sur pièces de l'EHPAD La Grange des Prés à LAMORLAYE (60260) initié le 27 mars 2023

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection ( <i>par ordre de priorité</i> )		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	L'inconstance des effectifs présents par poste horaire de jour et de nuit, en termes de nombre et de qualification des agents, ne permet pas d'assurer une prise en charge sécurisée et un accompagnement de qualité, ce qui ne respecte pas les modalités de l'article L. 311-3-1° du CASF.	<b>Prescription 1 :</b> Supprimer les glissements de tâches, s'assurer d'un nombre de personnel suffisant en nombre et en qualification, de jour et de nuit, et stabiliser les équipes afin d'assurer une prise en charge sécurisée des résidents conformément aux dispositions de l'article L. 311-3 1° du CASF.	1 mois	
E5	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'État d'aide-soignant est requis pour exercer une activité d'aide-soignant sous la responsabilité d'un IDE.			
R7	Au regard du nombre de CDD au cours des 3 derniers mois, la mission de contrôle constate un manque de stabilité des équipes.			
E6	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	<b>Prescription 2 :</b> Augmenter le temps de travail du médecin coordonnateur à 0,60 ETP conformément aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (par ordre de priorité)		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 disposant pas d'un projet général de soins, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	<b>Prescription 3 :</b> Le médecin coordonnateur doit élaborer, avec le concours de l'équipe soignante, un projet général de soins conforme à la réglementation.	6 mois	
E9	Le RAMA n'a pas été soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique et n'a pas été signé conjointement par le médecin coordonnateur et la directrice de l'établissement contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158, alinéa 10 du CASF.	<b>Prescription 4 :</b> Soumettre le RAMA pour avis à la commission de coordination gériatrique et le faire co-signer par le médecin coordonnateur et la directrice de l'établissement conformément à l'article D. 312-158, alinéa 10 du CASF.	3 mois	
E4	Les coordonnées de l'ARS et du Conseil Départemental ne sont pas précisées dans le livret d'accueil ce qui contrevient aux dispositions de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.	<b>Prescription 5 :</b> Les documents institutionnels (projet d'établissement, livret d'accueil et règlement de fonctionnement) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	3 mois	
E2	Le projet d'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.			
E3	En n'ayant pas consulté le CVS ou une autre forme de participation, le règlement de fonctionnement contrevient aux dispositions de l'article L. 311-7 du CASF.			
R4	Le plan bleu n'est pas annexé au projet d'établissement.			
E1	La composition du CVS n'étant pas conforme et en l'absence de signature systématique des procès-verbaux de réunion par son président, le fonctionnement du CVS contrevient aux dispositions des articles D. 311-5, D. 311-9 et D. 311-20 du CASF.	<b>Prescription 6 :</b> Mettre en conformité le fonctionnement du CVS en : - révisant la composition du CVS conformément aux nouvelles dispositions de l'article D. 311-5 du CASF, - faisant signer les procès-verbaux des réunions de CVS par son président conformément à l'article D. 311-20 du CASF, - mettant à jour le règlement intérieur.	3 mois	
R3	Le règlement intérieur du CVS n'est pas mis à jour.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (par ordre de priorité)		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	Les extraits de casier judiciaire ne sont pas régulièrement renouvelés.	<b>Recommandation 1 :</b> Renouveler régulièrement les extraits de casiers judiciaires.	1 mois	
R6	Les contrats de travail de 3 membres du personnel n'ont pas été révisés au regard du poste occupé et du dernier diplôme obtenu.	<b>Recommandation 2 :</b> Réviser les contrats de travail des personnels au regard du poste occupé et du dernier diplôme obtenu.	1 mois	
R8	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme et de turn over élevé des effectifs soignants sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	<b>Recommandation 3 :</b> Analyser les causes de l'absentéisme et du turn over du personnel, identifier des leviers d'amélioration et mettre en place un plan d'action.		05/07/2023
R9	La procédure d'admission est incomplète.	<b>Recommandation 4 :</b> Compléter la procédure d'admission.		05/07/2023
R2	En l'absence de transmission des comptes rendus, la participation de la directrice aux réunions organisées par l'organisme gestionnaire n'est pas garantie.	<b>Recommandation 5 :</b> Transmettre les 3 derniers comptes rendus de réunions organisées par l'organisme gestionnaire.	1 mois	
R11	L'établissement ne dispose pas d'un protocole relatif aux troubles du comportement.	<b>Recommandation 6 :</b> Etablir, en concertation avec les équipes, le protocole relatif aux troubles du comportement.		05/07/2023
R12	Les protocoles n'ont pas été élaborés en concertation avec les équipes.			
R10	Les résultats des études sur les délais de réponse aux appels malades ainsi que les actions mises en place n'ont pas été transmis à la mission de contrôle.	<b>Recommandation 7 :</b> Transmettre les résultats des études sur les délais de réponse aux appels malades ainsi que les éventuelles actions mises en place.	1 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection ( <i>par ordre de priorité</i> )		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)
R1	L'organigramme ne définit pas clairement les liens hiérarchiques.	<b>Recommandation 8 :</b> Etablir un organigramme illustrant clairement les liens hiérarchiques.		<b>05/07/2023</b>