



## Le directeur général

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale  
Sous-direction inspection-contrôle  
Mission n° 2023-HDF-00426

Lille, le

### LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Raymond Dufay sis Place de l'Hôtel de Ville à Longuenesse (62219) 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 5 octobre 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 9 janvier 2024.

Par courrier reçu par mes services le 29 janvier 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.

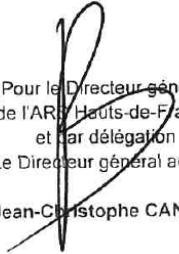
A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

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 Alain DUCONSEIL  
Président du conseil d'administration  
Association La Vie Active  
4 rue Beffara  
62000 ARRAS

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 Stéphanie PONSEEL, 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 Raymond Dufay à Longuenesse (62219) initié le 5 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	L'inconstance des effectifs présents par poste horaire de jour et de nuit, en termes 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.			
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'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, sont réalisées par des agents de soins ; 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> Supprimer les glissements de tâches et s'assurer d'un nombre de personnel suffisant 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 L311-3-1° du CASF.	1 mois	
E12	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.	<b>Prescription 2 :</b> Positionner systématiquement du personnel qualifié le jour et la nuit en UVA afin d'assurer la sécurité des résidents conformément aux dispositions de l'article D. 311-3 du CASF.	1 mois	
E11	La surveillance de jour au sein de l'UVA n'étant pas systématiquement assurée par du personnel qualifié, la sécurité des résidents n'est pas garantie ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 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)
E8	En raison de la présence uniquement le mercredi d'une seule ASG, le fonctionnement du PASA n'est pas conforme au cahier des charges PASA.	<b>Prescription 3 :</b> Positionner 2 ASG au sein du PASA conformément au cahier des charges PASA.	1 mois	
E5	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	<b>Prescription 4 :</b> Augmenter le temps de travail du médecin coordonnateur à 0,60 ETP et s'assurer que son temps de travail est dédié à la réalisation de ses missions de coordination conformément à l'article D. 312-156 du CASF.	2 mois	
E6	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.			
E7	La fiche de poste du médecin coordonnateur transmise par l'établissement 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 afin de se conformer à la réglementation.		29/01/2024
E14	Contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158 alinéa 10 du CASF, le RAMA transmis par l'établissement n'est pas signé conjointement par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement et n'a pas été soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique.	<b>Prescription 6 :</b> Transmettre le RAMA signé par le médecin coordonnateur et la direction de l'établissement et soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique conformément aux dispositions de l'article D. 312-158, alinéa 10 du CASF.	3 mois	
E4	En ne vérifiant pas systématiquement les casiers judiciaires à l'embauche du personnel et en ne renouvelant pas régulièrement les demandes d'extraits de casiers, 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.	<b>Prescription 7 :</b> Vérifier systématiquement les casiers judiciaires à l'embauche et renouveler leur vérification régulièrement conformément aux dispositions de l'article L. 133-6 du CASF.		29/01/2024
E15	Chaque résident ne dispose pas d'un projet d'accompagnement personnalisé contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	<b>Prescription 8 :</b> Etablir les projets personnalisés des résidents dans un délai maximal de 6 mois après leur admission conformément aux dispositions de l'article L. 311-4 du	2 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)
R11	Les projets d'accompagnement personnalisés des résidents ne sont pas évalués périodiquement.	CASF et s'assurer qu'une évaluation périodique de ces projets est réalisée.		
E2	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un règlement de fonctionnement en vigueur contrairement aux dispositions de l'article R. 311-33 du CASF.	<b>Prescription 9 :</b> Les documents institutionnels (projet d'établissement, livret d'accueil, règlement de fonctionnement) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	<b>3 mois</b>	
R1	En l'absence de transmission, la mission de contrôle ne peut s'assurer que l'établissement dispose d'un projet d'établissement formalisé.			
R2	En l'absence de transmission du projet d'établissement, la mission de contrôle ne peut s'assurer que l'établissement dispose d'un plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique.	<b>Prescription 10 :</b> Réunir la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	<b>3 mois</b>	
E13	En ne disposant pas d'un projet général de soins en vigueur propre à l'EHPAD et intégré au projet d'établissement, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.			
E3	Le livret d'accueil n'est pas 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.			
E1	La commission de coordination gériatrique ne s'est pas réunie depuis 2019 contrairement à l'article D. 312-158, 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)
R7	Au regard du nombre d'AS, AMP, AES, ASG recrutés en CDD au cours des 3 derniers mois, la mission de contrôle constate un manque de stabilité des équipes.	<b>Recommandation 1 :</b> Stabiliser les équipes.	<b>2 mois</b>	
R5	L'établissement n'organise pas de RETEX suite à la survenue des événements indésirables graves.	<b>Recommandation 2 :</b> Réaliser des RETEX en équipe pluridisciplinaire suite à la survenue d'événements indésirables graves.	<b>3 mois</b>	
R4	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 3 :</b> Transmettre à la mission de contrôle les feuilles d'émargement sur la formation du personnel à la déclaration des événements indésirables.		<b>29/01/2024</b>
R3	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuellement ni de bilan annuel des réclamations des usagers.	<b>Recommandation 4 :</b> Réaliser une enquête de satisfaction globale de manière régulière ainsi qu'un bilan annuel des réclamations des usagers.	<b>3 mois</b>	
R13	Les transmissions effectuées au sein de l'EHPAD ne sont pas ciblées.	<b>Recommandation 5 :</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>5 mois</b>	
R12	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 6 :</b> Réaliser une étude sur les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que ces délais sont corrects.	<b>1 mois</b>	
R6	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'accueil et d'un livret d'accueil du nouvel arrivant propres à l'EHPAD Raymond Dufay.	<b>Recommandation 7 :</b> Etablir une procédure d'accueil et un livret d'accueil du nouvel arrivant propres à l'établissement.	<b>2 mois</b>	
R10	La procédure de préadmission et d'admission est incomplète.	<b>Recommandation 8 :</b> Mettre à jour la procédure de préadmission et d'admission en équipe pluridisciplinaire et l'appliquer.	<b>2 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)
R9	Les fiches de tâches réalisées pour l'UVA, le travail de nuit et les soignants de jour ne sont spécifiques à une catégorie professionnelle.	<b>Recommandation 9 :</b> Etablir des fiches de tâches spécifiques pour chaque catégorie professionnelle.	<b>1 mois</b>	
R14	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux urgences, aux changes et à la prévention de l'incontinence, aux soins palliatifs et à la fin de vie.	<b>Recommandation 10 :</b> Etablir et transmettre les protocoles relatifs aux urgences, aux changes et la prévention de l'incontinence, aux soins palliatifs et à la fin de vie.	<b>3 mois</b>	
R16	En l'absence des dates de mise à jour des protocoles dans les documents transmis, leur évaluation périodique n'est pas garantie.	<b>Recommandation 11 :</b> Transmettre la liste des protocoles en vigueur avec date d'élaboration et de révision.	<b>6 mois</b>	
R15	En l'absence de feuilles d'émargement, l'organisation régulière de sensibilisations sur les protocoles n'est pas garantie.	<b>Recommandation 12 :</b> Former le personnel aux protocoles relatifs aux prises en charge spécifiques.	<b>3 mois</b>	
R8	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	<b>Recommandation 13 :</b> Etudier les causes de l'absentéisme des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	<b>6 mois</b>	