

**Le directeur général**

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale  
Sous-direction inspection-contrôle  
Mission n° 2023-HDF-00421



**LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION**

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Les Violettes sis 4 rue des Capucines à COURRIERES (62710) 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 18 septembre 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 8 février 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.

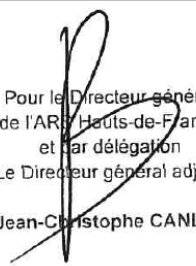
A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

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'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 LEJEUNE Marie-Laure, directrice par intérim 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 Les Violettes à Courrières (62710) initié le 18 Septembre 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)
E7	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'aidesoignant 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 nombre et en qualification le jour et la nuit, y compris en UVA, afin d'assurer une prise en charge sécurisée des résidents conformément à la réglementation.	1 mois	
E9	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 et un accompagnement de qualité, ce qui ne respecte pas les modalités de l'article L. 311-3, 1° du CASF.			
E11	En l'absence de personnel suffisamment qualifié, la sécurité des résidents de l'UVA n'est pas garantie, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 1 du CASF.			
E10	En raison de l'absence d'Assistante de Soins en Gérontologie (ASG) certains jours, le fonctionnement du Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) n'est pas conforme au cahier des charges PASA.			

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	L'établissement ne dispose pas de médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D. 312155-0 du CASF.	<b>Prescription 2 :</b> Recruter un médecin coordonnateur conformément à l'article D. 312-155-0 du CASF.	2 mois	
E6	En l'absence de vérification ou de renouvellement des extraits de casier judiciaire national pour les salariés, 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 3 :</b> Vérifier systématiquement les extraits de casier judiciaire et les renouveler régulièrement conformément aux dispositions de l'article L. 133-6 du CASF.		08/02/2024
E2	L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement en vigueur au jour du contrôle, ce qui est contraire à l'article L. 311-8 du CASF.	<b>Prescription 4 :</b> Les documents institutionnels (projet d'établissement, plan bleu, règlement de fonctionnement et livret d'accueil) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	6 mois	
E4	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.			
E5	Le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.			
E3	Le plan bleu n'est pas intégré ou annexé au projet d'établissement contrairement à l'article D. 312-160 du CASF.			
E12	En ne disposant pas d'un projet général de soins en vigueur au jour du contrôle, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	<b>Prescription 5 :</b> Le médecin coordonnateur doit élaborer, avec le concours de l'équipe soignante, un projet général de soins conforme à la réglementation.	6 mois	

E13	Le projet de soins n'a pas été élaboré par le médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D. 312158 du CASF.			
E1	La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée ce qui est contraire à l'article D. 312158 du CASF.	<b>Prescription 6 :</b> Constituer la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312158 du CASF.	<b>6 mois</b>	
<b>Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection</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>
E15	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 7 :</b> Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015		<b>08/02/2024</b>
E14	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 8 :</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.	<b>4 mois</b>	
R4	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 1 :</b> Étudier les causes du taux d'absentéisme des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	<b>5 mois</b>	
R3	L'infirmière coordinatrice ne dispose pas, au jour du contrôle, de formation spécifique au métier d'encadrement.	<b>Recommandation 2 :</b> Engager l'IDEC dans une action de formation dédiée à l'encadrement.	<b>2 mois</b>	
R1	En l'absence de feuilles d'émargement datées, la sensibilisation régulière 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 déclaration des événements indésirables.		<b>08/02/2024</b>

R5	La procédure d'admission est incomplète.	<b>Recommandation 4 :</b> Compléter la procédure d'admission.		08/02/2024
R6	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs à la fin de vie.	<b>Recommandation 5 :</b> Etablir et transmettre le protocole relatif à la fin de vie.		08/02/2024
R2	La procédure ne fait pas mention de la réalisation de RETEX suite à l'analyse des événements indésirables graves.	<b>Recommandation 6 :</b> Mettre à jour la procédure de gestion interne des événements indésirables en mentionnant la réalisation de RETEX et l'appliquer.	2 mois	