

**Le directeur général**

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale  
Sous-direction inspection-contrôle  
Mission n° 2024-HDF-00285



**LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION**

Monsieur le directeur général,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Bernard Devulder sis 25 rue Bernard Chochoy à Esquerdes (62380) 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 17 avril 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 13 janvier 2025.

Par courrier reçu le 13 février 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.

Monsieur Olivier BARON  
Directeur Général de l'ALEFPA  
Centre Vauban – Bâtiment Lille  
199-201 rue Colbert  
CS 60030  
59043 LILLE CEDEX

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 dans le délai de deux mois à compter de leur notification.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le directeur général, 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 Mélanie CAILLIEZ, 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 Bernard Devulder à Esquerdes (62380) initié le 17 avril 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)
E8	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 faisant fonction d'aide-soignant. 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.	<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.	<b>Dès réception du rapport</b>	
E11	L'insuffisance des effectifs présents par poste horaire			

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 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.			
E9	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 2 :</b> Indiquer les moyens que la direction de l'établissement entend mobiliser pour remédier à l'absence de médecin coordonnateur conformément aux dispositions de l'article D. 312-155-0 du CASF.	<b>Dès réception du rapport</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)
E10	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 3 :</b> Mettre à jour la fiche de poste du médecin coordonnateur en mentionnant les missions inscrites à l'article D. 312-158 du CASF.		13/02/2025
E12	Le projet de soins n'a pas été élaboré par le médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D. 312-158 du CASF.	<b>Prescription 4 :</b> À la suite du recrutement du médecin coordonnateur, réviser le projet de soins conformément à l'article D. 312-158 du CASF et le transmettre à la mission de contrôle.	3 mois	
E1	La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée et active contrairement à l'article D. 312-158, 3° du CASF.	<b>Prescription 5 :</b> Constituer et réunir la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	3 mois	
E13	Le RAMA, transmis par l'établissement au jour du contrôle, n'est pas rédigé par le médecin coordonnateur contrairement aux dispositions des articles D.	<b>Prescription 6 :</b> A la suite du recrutement d'un médecin coordonnateur, établir un RAMA élaboré par le médecin coordonnateur conformément à l'article D. 312-155-3, alinéa 9 du	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)
	312-155-3, alinéa 9 et D. 312-158, alinéa 10 du CASF.	CASF. 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. 312158 alinéa 10 du CASF.		
E3	En l'absence de précisions sur la date de consultation du CVS, le projet d'établissement n'est pas conforme aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.	<b>Prescription 7 :</b> Les documents institutionnels (projet d'établissement, plan bleu, règlement de fonctionnement, contrat de séjour) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	6 mois	
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	En n'ayant pas consulté les instances représentatives du personnel et le CVS et en l'absence de précisions sur la date de mise à jour, le plan bleu contrevient aux dispositions de l'article R.			

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)
	311-38-1 du CASF.			
E6	En l'absence de certaines mentions réglementaires, le règlement de fonctionnement n'est pas conforme à l'article R. 31137 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 personnes âgées dépendantes.			
R12	Le contrat de séjour contient des informations			

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)
	erronées concernant la capacité d'accueil en UVA et au PASA.			
E14	L'ensemble des résidents ne dispose pas d'un projet personnalisé ou d'un projet personnalisé réévalué à minima une fois par an, 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 D. 311 du CASF et s'assurer qu'une évaluation périodique de ces projets personnalisés est réalisée.	<b>3 mois</b>	
E2	En ne réunissant pas le conseil de la vie sociale trois par an, et en l'absence de signature des procès-verbaux de CVS par son président, les modalités de fonctionnement du conseil de vie sociale contreviennent aux dispositions des articles D. 311-16 et D. 311-20 du CASF.	<b>Prescription 9 :</b> Mettre en conformité le fonctionnement du CVS en : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réunissant au moins 3 fois par an le CVS conformément à l'article D. 311-16 du CASF ;</li> <li>- Faisant signer systématiquement les procès-verbaux des réunions de CVS par son président conformément à l'article D. 311-20 du CASF ;</li> <li>- Transmettant la composition des membres du CVS ainsi que le règlement intérieur à la mission de contrôle.</li> </ul>	<b>3 mois</b>	
R3	L'établissement n'a pas transmis à la mission de contrôle la composition et le règlement intérieur du CVS.			



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	En ne renouvelant pas régulièrement les extraits de casier judiciaire et en ne vérifiant pas la nature du diplôme obtenu 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.	<p><b>Prescription 10 :</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.</p> <p>Réviser les postes occupés et transmettre les qualifications des 2 professionnels pour lesquels leurs postes ne sont pas en adéquation avec leurs diplômes obtenus (<i>Cf. rapport de contrôle page 17</i>).</p>	1 mois	
E15	Dans la mesure où la collation nocturne n'est pas proposée systématiquement aux résidents, le temps de jeune séparant le repas du soir et le petit déjeuner est parfois supérieur à 12 heures, contrairement aux dispositions du décret	<p><b>Prescription 11 :</b> Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.</p>		13/02/2025

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)
	n°2015-1868 du 30 décembre 2015.			
R4	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles contrairement aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS d'octobre 2024.	<b>Recommandation 1 :</b> Mettre en place un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.	<b>3 mois</b>	
R9	Le personnel de l'établissement ne dispose pas de fiches de tâches.	<b>Recommandation 2 :</b> Etablir les fiches de tâches du personnel de l'établissement (IDE, AS/AMP/AES, ASG, ASH...) en fonction des postes horaires de jour et de nuit.	<b>2 mois</b>	
R13	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 3 :</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>	

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)
R11	La procédure d'admission est incomplète.	<b>Recommandation 4 :</b> Mettre à jour la procédure d'admission en équipe pluridisciplinaire et l'appliquer.	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)
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.		13/02/2025

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)
R7	Les modalités de surveillance des résidents le jour et la nuit en UVA n'ont pas été transmises à la mission de contrôle.	<b>Recommandation 6 :</b> Préciser les modalités d'organisation de la surveillance des résidents en UVA le jour et la nuit en répondant aux questions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre d'AS-AMP-ASG présent au sein de l'UVA à M-1 ?</li> <li>- Nombre de personnel non soignant présent au sein de l'UVA à M-1 ?</li> <li>- Y-a-t-il un personnel de nuit positionné exclusivement au sein de l'UVA ? Si oui, préciser sa qualification ?</li> <li>- Le personnel intervenant dans l'UVA est-il dédié ?</li> </ul>		13/02/2025

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)
R8	Les modalités d'intervention de la psychologue et de la psychomotricienne en UVA n'ont pas été transmises à la mission de contrôle.	<b>Recommandation 7 :</b> Préciser les modalités d'intervention de la psychologue et de la psychomotricienne au sein de l'UVA de l'établissement.		<b>13/02/2025</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)
R15	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux urgences ainsi qu'aux changes et prévention de l'incontinence.	<b>Recommandation 8 :</b> Etablir, en concertation avec les équipes soignantes, les protocoles relatifs aux urgences ainsi qu'aux changes et à la prévention de l'incontinence. Réévaluer de façon périodique les différents protocoles en lien avec les équipes.	3 mois	
R17	L'ensemble des protocoles n'a pas été évalué de façon périodique.			
R16	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation du personnel aux protocoles n'est pas garantie.	<b>Recommandation 9 :</b> Former le personnel aux protocoles relatifs aux prises en charge spécifiques et mettre en place un émargement systématique lors de ces formations. Transmettre les feuilles d'émargement relatives aux formations/sensibilisations sur les protocoles internes.	4 mois	
R10	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement attestant la réalisation de formations, la formation du personnel n'est pas garantie.	<b>Recommandation 10 :</b> Faire signer systématiquement des feuilles d'émargement lors de sensibilisations et formations réalisées.	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)
R14	En l'absence de feuilles d'émargement, l'organisation régulière de sensibilisations sur les transmissions ciblées n'est pas garantie.	Transmettre l'ensemble des feuilles d'émargement datées relatives aux : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formations internes/externes prévues dans les plans de formation de 2022, 2023 et 2024 ;</li> <li>- Sensibilisations sur les transmissions ciblées.</li> </ul>		
R1	L'établissement ne dispose pas d'un organigramme nominatif.	<b>Recommandation 11 :</b> Mettre à jour l'organigramme et le transmettre à la mission de contrôle.		13/02/2025
R18	La liste des conventions de partenariat n'a pas été remise à la mission de contrôle.	<b>Recommandation 12 :</b> Formaliser l'ensemble des partenariats établis avec l'EHPAD et transmettre la liste des conventions à la mission de contrôle.		13/02/2025

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	Le manque de précision concernant le taux d'absentéisme des effectifs soignants ne permet pas l'exploitation des données.	<b>Recommandation 13 :</b> Transmettre les taux d'absentéisme et de turn-over des effectifs soignants (IDE, ASAES-AMP) pour les années 2020, 2021, 2022 et 2023.	<b>6 mois</b>	
R6	Le manque de précision concernant le taux de turnover des effectifs soignants ne permet pas l'exploitation des données.			