

**Le directeur général**

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale  
Sous-direction inspection-contrôle  
Mission n°2024-HDF-00353



**LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION**

Monsieur le directeur,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Résidence Louis Aragon situé au 41 Rue Paul Eluard à DOUCHY-LES-MINES (59282) 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 24 juillet 2024.

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

Par courriel 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.

Monsieur COLLET Julien  
Directeur  
EHPAD Résidence Louis Aragon  
41 rue Paul Eluard  
59 282 DOUCHY-LES-MINES

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

Je vous prie d'agréer, Monsieur le directeur, 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.

### Mesures correctives à mettre en œuvre

#### Contrôle sur pièces de l'EHPAD Résidence Louis Aragon à DOUCHY-LES-MINES (59282) initié le 27 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)
<b>E8</b>	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'Etat d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, sont réalisées par des professionnels non diplômés ; 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 n°1 :</b> Entreprenre les démarches permettant de prévoir quotidiennement les effectifs suffisants, notamment en UVA, en nombre et en qualification (supprimer les glissements de tâches notamment) et transmettre un échéancier 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>Prescriptions (P) / Recommandations (R)</b>	<b>6 mois</b>	
<b>E10</b>	Au regard des déclarations de l'établissement sur l'insuffisance et l'inconstance des effectifs par catégorie professionnelle, la mission de contrôle constate que la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents au sens de l'article L. 311-3-3° du CASF n'est pas garantie.			

<b>E14</b>	Au regard du nombre de toilettes par agent, la charge de travail du personnel ne permet pas de respecter les rythmes de vie et d'assurer aux résidents une prise en charge de qualité et sécurisée au sens l'article L. 311-3 du CASF.			
<b>E11</b>	En l'absence de précision, la mission de contrôle ne peut s'assurer que les modalités de surveillance des résidents de l'UVA la nuit sont organisées afin de satisfaire aux dispositions de l'article L. 311-3, 1° du CASF.			
<b>R9</b>	Des missions d'AS sont inscrites dans les fiches de poste des ASH, démontrant ainsi des glissements de tâches.			
<b>E9</b>	Le temps de travail du médecin coordonnateur de l'EHPAD n'est pas conforme aux dispositions de l'article D312-156 du CASF.	<b>Prescription n°2 :</b> Indiquer les moyens que la direction de l'établissement entend mobiliser pour atteindre un temps de coordination médicale conforme aux dispositions de l'article D312-156 du CASF.	<b>Immédiat</b>	

<b>E1</b>	En ne mettant pas en œuvre la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.	<b>Prescription n°3 :</b> Mettre en œuvre régulièrement la commission de coordination gériatrique conformément aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.	<b>6 mois</b>	
-----------	---	---	---------------	--

E2	<p>Au jour du contrôle, les modalités d'organisation du CVS ne sont pas conformes aux dispositions des articles L311-6 et D311-3 et suivants du CASF.</p>	<p><b>Prescription n°4 :</b> Revoir l'organisation du CVS afin de répondre à l'ensemble des dispositions prévues aux articles L311-6 et D311-3 et suivants du CASF (cf. détails pages 11 et 12 du rapport de contrôle).</p>	6 mois	
----	---	---	--------	--

<b>E7</b>	En n'effectuant pas la vérification de l'extrait de casier judiciaire national à l'embauche, puis à intervalle régulier, pour tous 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 n°5 :</b> Vérifier de manière exhaustive l'ensemble des extraits de casiers judiciaires des professionnels de l'EHPAD, et perpétuer la démarche en effectuant une vérification à intervalle régulier des extraits de casiers judiciaires conformément à la réglementation.	<b>1 mois</b>	
<b>E6</b>	En l'absence notamment de formation régulière du personnel, la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance est insuffisamment impulsée au sein de l'établissement contrairement aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF, 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, et au Guide de la HAS du 3 octobre 2024 relatif à la Bientraitance et la gestion des signaux de maltraitance en établissement.	<b>Prescription n°6 :</b> Renforcer la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance en : <ul style="list-style-type: none"> <li>• mettant en œuvre, conformément à la réglementation, un plan de formation qui comprendra notamment, et pour l'ensemble du personnel, des formations relatives à la promotion de la bientraitance et à la lutte de la maltraitance ;</li> <li>• révisant le protocole « lutte contre la maltraitance » en y intégrant notamment les obligations légales en matière de signalement des actes de maltraitance aux autorités administratives.</li> </ul>	<b>2 mois</b>	
<b>R4</b>	Le protocole « lutte contre la maltraitance » ne mentionne pas les obligations de signalement des actes de maltraitance aux autorités administratives.			

E5	Le livret d'accueil n'est pas entièrement 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.	<b>Prescription n°7 :</b> Réviser le livret d'accueil, en : <ul style="list-style-type: none"> <li>• y annexant la notice d'information relative à la désignation de la personne de confiance conformément aux dispositions des articles D311-39 et L311-4 du CASF ;</li> <li>• y précisant conformément à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance : <ul style="list-style-type: none"> <li>⑦ les actions menées par l'établissement en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance ;</li> <li>⑦ les coordonnées des autorités administratives (ARS et conseil départemental) ;</li> <li>⑦ les numéros nationaux d'écoute des situations de maltraitance.</li> </ul> </li> </ul>	3 mois	
E4	En n'annexant pas au livret d'accueil une notice d'information relative à la désignation de la personne de confiance, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D311-39 du CASF.			



<b>R13</b>	Il existe une incohérence entre les horaires des repas transmis par la direction et les horaires mentionnés dans le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement.	<b>Recommandation n°1 :</b> Réviser le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement en s'assurant que les horaires des repas mentionnés soient concordants à la réalité.	<b>3 mois</b>	
<b>E13</b>	Le contrat de séjour n'est pas entièrement conforme aux dispositions des articles D311 et L311-4 du CASF, et notamment aux dispositions instaurées par le décret du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux.	<b>Prescription n°8 :</b> Actualiser le contrat de séjour afin de s'assurer que son contenu est conforme aux dispositions des articles D311 et L311-4 du CASF, et notamment aux dispositions instaurées par le décret du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux (cf. page 30 du rapport de contrôle).	<b>3 mois</b>	
<b>E3</b>	Le plan bleu détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment de situation sanitaire exceptionnelle, n'est pas annexé au projet d'établissement, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-160 du CASF.	<b>Prescription n°9 :</b> Annexer au projet d'établissement le plan bleu détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment de situation sanitaire exceptionnelle conformément aux dispositions de l'article D312160 du CASF.	<b>1 mois</b>	<b>13 février 2025</b>

<b>E12</b>	En ne disposant pas d'un RAMA, cosigné par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement, et soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 10° du CASF.	<b>Prescription n°10 :</b> Formaliser un RAMA retraçant les modalités de la prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents, le faire cosigner par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement et le soumettre pour avis à la commission de coordination gériatrique, conformément aux dispositions des articles D. 312158 alinéa 10 et D. 312-155-3 alinéa 9 du CASF.	<b>6 mois</b>	
<b>Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle</b>		<b>Prescriptions (P) / Recommandations (R)</b>	<b>Délai de mise en œuvre</b>	<b>Date de mise en œuvre effective</b> (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
<b>R14</b>	Dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, l'établissement n'effectue pas régulièrement d'étude sur les délais de réponse aux appels malades.	<b>Recommandation n°2 :</b> Réaliser des études sur les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que les délais sont corrects.	<b>6 mois</b>	

<p><b>R5</b></p>	<p>En l'absence de précision des modalités de suivi, de traitement, de communication et d'archivage des plaintes et des réclamations des résidents et de leurs proches, et de la formalisation des bilans annuels, la démarche d'amélioration continue de la qualité n'est pas suffisamment déployée au sein de l'établissement.</p>	<p><b>Recommandation n°3 :</b> Déployer la démarche d'amélioration continue de la qualité, notamment en apportant davantage de précisions sur les modalités de suivi, de traitement, de communication et d'archivage des plaintes et des réclamations des résidents et de leurs proches, et en formalisant des bilans annuels de ces dernières.</p>	<p><b>3 mois</b></p>	
------------------	--	---	----------------------	--

<b>R6</b>	Les protocoles internes relatifs à la déclaration des événements indésirables en externe ne présentent pas de manière exacte les modalités de déclaration externe des événements indésirables, des événements indésirables graves, et des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS).	<b>Recommandation n°4 :</b> Réviser les protocoles internes relatifs à la déclaration des événements indésirables en externe en décrivant les modalités de déclaration obligatoire des événements indésirables, et des événements indésirables graves (EIG) à l'ARS et au conseil départemental, et les démarches de signalement obligatoire des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) <sup>1</sup> .	<b>3 mois</b>	<b>13 janvier 2025</b>
<b>R7</b>	Au jour du contrôle, la méthodologie d'analyse et de traitement des événements indésirables graves et / ou récurrents, par le biais de RETEX, n'est pas déployée en interne.	<b>Recommandation n°5 :</b> Analyser les causes des événements indésirables survenus en déployant la méthodologie des CREX : multidisciplinarité des participants, présence des personnes internes / externes concernées, chronologie de l'EI, identification des écarts, puis des facteurs et enfin proposition d'actions correctives / préventives.	<b>3 mois</b>	

<sup>1</sup> La mission de contrôle rappelle que les modalités de signalement sont précisées sur le site de l'ARS, accessible via ce lien : [Je travaille en établissement médico-social | Agence régionale de santé Hauts-de-France \(sante.fr\)](#)

<b>R12</b>	Les documents formalisant les processus de préadmission et d'admission d'un nouveau résident en EHPAD sont incomplets.	<b>Recommandation n°6 :</b> Réviser les documents formalisant les processus de préadmission et d'admission d'un nouveau résident en EHPAD en y intégrant l'ensemble des dispositions réglementaires (cf. pages 28 et 29 du rapport de contrôle).	<b>3 mois</b>	
<b>R15</b>	Les professionnels ne sont pas régulièrement sensibilisés en interne aux protocoles et aux procédures.	<b>Recommandation n°7 :</b> Former et sensibiliser régulièrement les professionnels aux protocoles et aux procédures internes et en assurer la traçabilité.	<b>3 mois</b>	
<b>R10</b>	Les formations réalisées auprès des professionnels de l'EHPAD, ne sont pas formalisées dans des plans de formations dédiés.	<b>Recommandation n°8 :</b> Formaliser des plans de formations annuels, afin notamment de planifier les besoins de formation, favoriser la montée en compétence des professionnels, et avoir l'opportunité de réaliser des bilans annuels des formations / sensibilisations réalisées.	<b>3 mois</b>	

<b>R11</b>	En l'absence de transmission des feuilles d'émargement, la mission de contrôle ne peut s'assurer de l'effectivité de la réalisation des sensibilisations internes.	<b>Recommandation n°9 :</b> Faire signer systématiquement lors des formations et des sensibilisations des feuilles de présence.	<b>3 mois</b>	<b>13 février 2025</b>
<b>R1</b>	Les modalités d'organisation des astreintes ne sont pas formalisées.	<b>Recommandation n°10 :</b> Formaliser l'organisation des astreintes, afin d'assurer une meilleure lisibilité des ressources internes mobilisées.	<b>1 mois</b>	
<b>R2</b>	Les modalités d'intérim en l'absence du directeur n'ont pas été transmises à la mission de contrôle.	<b>Recommandation n°11 :</b> Transmettre à la mission de contrôle davantage de précisions sur les modalités d'intérim en l'absence de la direction, et les formaliser.	<b>1 mois</b>	<b>13 février 2025</b>
<b>R3</b>	En l'absence de précision, les liens entre la direction et le conseil d'administration ne sont pas garantis.	<b>Recommandation n°12 :</b> Apporter des précisions sur les liens entretenus entre la direction et le conseil d'administration de l'EHPAD.	<b>1 mois</b>	<b>13 février 2025</b>

<b>R8</b>	La direction n'a pas transmis les taux d'absentéisme et de turn over des équipes.	<b>Recommandation n°13 :</b> Transmettre les taux d'absentéisme et de turn over des équipes pour les 3 dernières années.	<b>1 mois</b>	
-----------	---	---	---------------	--