



**PREFET  
DE LA RÉGION  
HAUTS-DE-FRANCE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

RECUEIL DES ACTES  
ADMINISTRATIFS  
N°R32-2026-044

PUBLIÉ LE 30 JANVIER 2026

# Sommaire

## Agence régionale de santé Hauts-de-France /

R32-2026-01-28-00002 - Décision DOS-PAC-N°2026-02 portant approbation de la convention constitutive du Groupement de Coopération Sanitaire public/privé du dunkerquois pour la prise en charge des cancers ORL (21 pages)	Page 3
R32-2026-01-29-00004 - Décision DOS-SDDFRHSS N°2026-3 portant suspension immédiate et totale de l'activité du centre dénommé "centre de santé institut médico-dentaire de l'Oise" sis 101 rue des Bateliers à Margny-lès-Compiègne (numéro FINESS : 600017255) (18 pages)	Page 24
R32-2025-12-23-00013 - DECISION D'EXTENSION DE LA CAPACITE DE L'ETABLISSEMENT ET SERVICE D'AIDE PAR LE TRAVAIL (ESAT) « DES TERRES D'OPALE » SITUE A CALAIS PAR LE TRANSFERT DE PLACES DE L'ETABLISSEMENT ET SERVICE D'AIDE PAR LE TRAVAIL (ESAT) « LES ATELIERS DU HAUT VINAGE » SITUE A LYS-LEZ-LANNOY ET GERES PAR L'APF FRANCE HANDICAP (3 pages)	Page 42
R32-2025-12-16-00163 - DECISION PORTANT EXTENSION DU DISPOSITIF INSTITUT THERAPEUTIQUE EDUCATIF ET PEDAGOGIQUE (DITEP) « JEAN FERRAT » SITUE A LIEVIN ET GERE PAR L'ASSOCIATION LA VIE ACTIVE (2 pages)	Page 45
R32-2026-01-14-00011 - DECISION PORTANT EXTENSION DU SERVICE D'EDUCATION SPECIALE ET DE SOINS A DOMICILE (SESSAD) « COM L'ATREBATE » SITUE A ARRAS ET GERE PAR L'EPDAHAA (3 pages)	Page 47
R32-2026-01-13-00017 - DECISION PORTANT EXTENSION DU SERVICE D'EDUCATION SPECIALE ET DE SOINS A DOMICILE (SESSAD) « DU LITTORAL » SITUE A RANG-DU-FLIERS ET GERE PAR L'EPDAHAA (3 pages)	Page 50
R32-2026-01-13-00016 - DECISION PORTANT EXTENSION DU SERVICE D'EDUCATION SPECIALE ET DE SOINS A DOMICILE (SESSAD) « L'ELAN » SITUE A LIEVIN ET GERE PAR L'EPDAHAA (3 pages)	Page 53
R32-2026-01-16-00024 - DECISION TARIFAIRE N°151 portant fixation du prix de journée globalisé pour 2026 de MAS Les Roses d'Or CREIL - 600014013 (2 pages)	Page 56

**DÉCISION**  
**DOS-PAC-N°2026-02**  
**PORTANT APPROBATION DE LA CONVENTION CONSTITUTIVE**  
**DU GROUPEMENT DE COOPÉRATION SANITAIRE PUBLIC/PRIVE DU DUNKERQUOIS POUR LA PRISE EN CHARGE DES**  
**CANCERS ORL**

**LE DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ HAUTS-DE-FRANCE**

Vu le code de la santé publique, et notamment ses articles L.6133-1 à L.6133-10, R.6112-4 et R.6133-1 à R.6133-30 ;

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment ses articles L. 162-21 et L. 162-22 ;

Vu le décret du 2 novembre 2022 portant nomination du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) des Hauts-de-France - M. Hugo Gilardi ;

Vu l'arrêté du 5 avril 2019 relatif aux groupements de coopération sanitaire (GCS) ;

Vu la décision du directeur général de l'ARS Hauts-de-France du 10 décembre 2025 portant délégations de signature du directeur général de l'agence régionale de santé Hauts-de-France ;

Vu la convention constitutive du GCS « groupement de coopération sanitaire public privé du dunkerquois pour la prise en charge des cancers ORL » signée le 15 octobre 2025 par les représentants légaux de chacun des membres du groupement ;

**DECIDE**

**Article 1<sup>er</sup>** – La convention constitutive du groupement de coopération sanitaire public/privé du dunkerquois pour la prise en charge des cancers ORL, figurant en annexe unique, est approuvée.

**Article 2** – Le groupement créé est dénommé : « groupement de coopération sanitaire public privé du dunkerquois pour la prise en charge des cancers ORL ».

**Article 3** – Les membres du groupement sont :

Le centre hospitalier de Dunkerque : hôpital Alexandra LEPEVE

La SAS clinique de Flandres

**Article 4** – L'objet du groupement est de faciliter, développer et améliorer la prise en charge des cancers de la sphère ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale en permettant la mutualisation des moyens humains et matériels.

**Article 5** – Le siège du groupement est fixé au 300, rue des Forts 59210 COUDEKERQUE-BRANCHE.

**Article 6** – Le présent arrêté est susceptible de faire l’objet d’un recours contentieux auprès du tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification ou de sa publication.

**Article 7** – Le directeur de l’offre de soins de l’ARS Hauts-de-France est chargé de l’exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs de l’Etat en Hauts-de-France et notifié à l’administrateur du groupement.

Fait à Lille, le 28 janvier 2026

**Le Directeur général**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'H. Gilardi', written over a horizontal line.

**HUGO GILARDI**

**GROUPEMENT DE COOPERATION SANITAIRE**  
**« GCS PUBLIC PRIVE DU DUNKERQUOIS POUR LA PRISE EN CHARGE DES CANCERS ORL »**

**CONVENTION CONSTITUTIVE**

Entre les soussignés :

**L'HOPITAL ALEXANDRA LEPEVE - CENTRE HOSPITALIER DE DUNKERQUE**

Etablissement public de santé régi par les articles L. 6141-1 et suivants du Code de la santé publique, dont le siège est 130 Avenue Louis Herbeaux – 59240 DUNKERQUE, et dont le numéro SIRET est 265 906 834 00014, inscrit au répertoire FINESS sous le numéro 59 000 033 7,

Représenté par Monsieur Samy BAYOD agissant en qualité de Directeur et ayant tous pouvoirs aux fins de la présente,

Ci-après désigné « **le Centre Hospitalier** »,

**ET**

**La S.A.S. CLINIQUE DE FLANDRE**, Société par Actions Simplifiée au capital de 2 136 000 Euros, dont le siège social est 300 rue des Forts – 59210 COUDEKERQUE-BRANCHE, immatriculée sous le numéro 400 091 443 R.C.S. Dunkerque, inscrite au répertoire FINESS sous le numéro 59 000 549 2,

Représentée par Monsieur Kami MAHMOUDI, agissant en qualité de Directeur territorial des établissements Elsan des Hauts de France et ayant tous pouvoirs aux fins de la présente,

Ci-après désigné « **la Clinique** »,

**IL A ETE CONVENU DE CREER UN GROUPEMENT DE COOPERATION SANITAIRE DONT LA CONVENTION CONSTITUTIVE FIGURE CI-APRES :**

**PREAMBULE**

Pour améliorer l'offre de soins et ainsi répondre aux besoins sanitaires de la population locale et particulièrement des patients relevant de la filière du traitement du cancer ORL et maxillo-facial, le Centre Hospitalier et la Clinique, soutenus par leurs équipes médicales respectives qui se sont rencontrées, se sont rapprochés en vue de formaliser une convention de coopération sanitaire.

Ce rapprochement intervient dans le double contexte de la réforme des autorisations sanitaires, en ce compris la réforme de l'activité de soins de traitement du cancer et de la révision du PRS avec un nouveau schéma régional de santé par l'ARS Hauts de France, et a pour objectif de maintenir et de pérenniser une autorisation de chirurgie oncologique de la sphère ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale de mention A sur le territoire du Dunkerquois.

A ce jour, et depuis la décision d'autorisation du directeur général de l'ARS Hauts-de-France du 10 juillet 2020, la Clinique est titulaire de la seule autorisation de traitement du cancer par chirurgie pour les pathologies ORL, orales et maxillo-faciales du territoire du Dunkerquois – Flandre Maritime

Situé sur la même zone de santé, le Centre Hospitalier dispose en son sein d'une équipe de praticiens hospitaliers spécialisés en chirurgie ORL, maxillo-faciale et orale.

Aussi et face au constat d'une augmentation du taux de fuite pour ce type de chirurgie (71 % en 2021) et pour éviter aux patients des déplacements longs et coûteux, les chirurgiens concernés des deux établissements se sont rencontrés et ont élaboré un protocole médical de coordination.

Le Centre Hospitalier et la Clinique se sont ainsi rapprochés avec pour objectif d'encadrer, d'organiser, de mutualiser les ressources, de garantir la pérennité et de promouvoir le développement de cette activité de cancérologie sur un site unique, afin d'assurer aux patients de leur territoire la proximité, la permanence et la continuité des soins dans un parcours de soins parfaitement sécurisé.

L'enjeu de cette coopération est le maintien d'une offre de soins, publique et privée, attractive sur ce territoire pour répondre aux besoins de santé des patients et aux objectifs de santé publique en matière de traitement chirurgical du cancer.

**La création du présent Groupement de coopération sanitaire (GCS) de moyens entre le Centre Hospitalier et la Clinique a pour objectif d'encadrer et de pérenniser cette coopération.**

Vu le Code de la santé publique, et en particulier les articles L. 6133-1 à L. 6133-10 et R. 6133-1 à R. 6133-30 ;

Vu la décision du Directeur du Centre Hospitalier de Dunkerque date du 14 octobre 2025 ;

Vu la délibération du Conseil de surveillance du Centre Hospitalier de Dunkerque date du 16 octobre 2024 ;

Vu la décision du Directeur de la Clinique de Flandre en date du 30 septembre 2024 ;

Vu l'avis favorable de la CME de la Clinique de Flandre en date du 25 septembre 2025 ;

Vu l'avis favorable du CSE de la Clinique de Flandre en date du 01 octobre 2025 ;

Vu l'avis favorable de la CME du Centre Hospitalier de Dunkerque en date du 29 octobre 2024 ;

Vu l'information faite au CSE du Centre Hospitalier en date du 13 mars 2025;

Les soussignés ont constitué ce jour le présent Groupement de Coopération Sanitaire ci-après désigné « **GCS** », régi par les articles suivants.

## TITRE I - CONSTITUTION

### ARTICLE 1 – FORME JURIDIQUE ET DENOMINATION

Il est formé entre les soussignés un Groupement de coopération sanitaire de moyens de droit privé régi par les articles L.6133-1 à L6133-10, R.6133-1 à R6133-30 du Code de la Santé Publique, par tous les textes législatifs et réglementaires susceptibles de les compléter ou de les modifier, ainsi que par la présente convention constitutive.

La dénomination du Groupement est :

« GCS PUBLIC PRIVE DU DUNKERQUOIS POUR LA PRISE EN CHARGE DES CANCERS ORL »

### ARTICLE 2 – OBJET DU GROUPEMENT

Le Groupement a pour objet de faciliter, de développer et d'améliorer les activités de ses membres. Il participe, le cas échéant, aux coopérations initiées et mises en œuvre par les acteurs de santé du territoire de santé du Dunkerquois concourant à l'amélioration du parcours du patient ainsi qu'à sa prise en charge, en matière de chirurgie oncologique de la sphère ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale.

Le Groupement, dans les conditions et selon les modalités définies par le règlement intérieur, encadre et met en œuvre la mutualisation de tous moyens mis à disposition par ses membres et permettant la réalisation de son objet.

À ce titre, le Groupement :

- Permet de mutualiser les moyens humains et matériels nécessaires à la réalisation de l'activité de soins objet de la coopération. À ce titre, il favorise la mutualisation du plateau technique de la Clinique et des fonctions supports qui sont précisées dans le règlement intérieur.
- Organise les coopérations entre ses membres nécessaires à l'exercice de l'activité de soins objet de la coopération, notamment concernant le dépistage et la prévention.

Le Groupement permet et organise, à compter de sa mise en œuvre, les interventions des praticiens des établissements de santé membres, sur le site unique de la Clinique, pour la réalisation de prestations chirurgicales relevant de l'activité de soins de chirurgie oncologique de la sphère ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale, dans le respect de leurs statuts respectifs.

Les modalités d'intervention des professionnels de santé auprès des patients hospitalisés définies dans la présente convention constitutive sont précisées dans le règlement intérieur. Le Groupement

participe aux coopérations avec les professionnels de ville nécessaires à la prise en charge des patients en chirurgie oncologique ORL et cervico-faciale et maxillo-faciale.

Dans ce cadre, la Clinique, autorisée pour l'activité de soins de chirurgie oncologique de la sphère ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale, s'engage à mobiliser tous les moyens matériels (plateau technique...) et humains (personnels soignants...) pour permettre aux praticiens du Centre Hospitalier de réaliser les actes relevant de la prise en charge chirurgicale sur les patients issus de la filière publique sur le site de la Clinique, pour cette activité objet de la présente coopération.

Le groupement n'est pas un établissement de santé.

Le groupement poursuit un but non lucratif.

### **ARTICLE 3 – PERSONNALITE MORALE**

Le Groupement jouira de la personnalité morale à compter de la date de la publication de la décision d'approbation de la présente convention constitutive prise par le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé des Hauts-de-France, au recueil des actes administratifs de la préfecture de région.

Le Groupement étant constitué à sa création d'une personne de droit public et d'une personne de droit privé, les membres du Groupement décident par cette convention de doter le Groupement de la personnalité morale de droit privé en conformité avec l'article L. 6133-3 du Code de la santé publique.

### **ARTICLE 4 – SIEGE**

Le GCS a son siège : Clinique de Flandre 300 rue des Forts – 59210 COUDEKERQUE-BRANCHE.

Il pourra être transféré en tout autre lieu par décision de l'Assemblée Générale.

### **ARTICLE 5 – DUREE**

Le GCS est constitué pour une durée indéterminée qui commencera à courir à compter de la date de publication de la décision d'approbation de la présente convention constitutive par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé des Hauts-de-France.

### **ARTICLE 6 – CAPITAL**

#### Répartition des apports :

Le GCS est constitué avec un capital de mille euros (1.000 €) résultant des apports en numéraire effectués par ses membres, comme suit :

- Le Centre Hospitalier apporte en numéraire cinq cent euros (500€)

- La Clinique apporte en numéraire cinq cent euros (500 €)

Les membres du GCS déclarent ne faire aucun apport en nature à la date de constitution du GCS.

Tout apport en nature ultérieur devra être mentionné dans un inventaire annexé aux présentes.

Ces sommes seront versées dans les caisses du GCS sur appel de l'Administrateur, dans le délai de trente (30) jours de cet appel.

#### Parts :

Le capital du GCS est divisé en cent (100) parts de même valeur nominale chacune (soit dix euros (10 €) chacune) numérotées de 1 à 100, et attribuées à chacun des membres du GCS à proportion de leurs apports initiaux, comme suit :

- Le Centre Hospitalier dispose de 50 parts, numérotées de 1 à 50 ;
- La Clinique dispose de 50 parts, numérotées de 51 à 100.

La propriété des parts résulte de la présente convention et des actes ultérieurs qui pourraient modifier le capital du GCS ainsi que des cessions et attributions qui seraient régulièrement réalisées.

Le nombre de voix attribuées à chacun des membres lors des votes de l'Assemblée Générale est proportionnel aux droits qui leur sont reconnus.

Chaque part donne droit à une voix.

Les parts sont indivisibles à l'égard du GCS qui ne reconnaît qu'un seul propriétaire pour chaque part.

Les cessions de part entre membres sont interdites.

## TITRE II — DROITS ET OBLIGATIONS DES MEMBRES

### ARTICLE 7 - DROITS SOCIAUX ET OBLIGATIONS DES MEMBRES

#### Article 7.1 Détermination des droits sociaux

Les droits des membres du GCS sont fixés proportionnellement au nombre de parts de capital dont ils disposent tels que fixés à l'article 6 des présentes.

L'attribution des droits sociaux au jour de la signature est la suivante :

<b>Le Centre Hospitalier</b> .....	50% des droits sociaux
<b>La Clinique</b> .....	50% des droits sociaux
<b>TOTAL</b> .....	100% des droits sociaux

Le total des droits sociaux et leur répartition entre les membres pourront évoluer en cas de modification du capital ou de sa répartition entre les membres en cas d'adhésion, d'exclusion et de retrait de membres, conformément à l'article 8 ci-après.

#### Article 7.2 Droits et obligations

Les membres du GCS ont les droits et obligations qui résultent des dispositions légales ou réglementaires et de la présente convention constitutive.

7.2.1. Les membres du GCS sont tenus d'adopter un comportement loyal et sincère propre à assurer la bonne réalisation par le GCS des missions qui lui sont confiées conformément à l'article 2 des présentes et dans le strict respect des stipulations du Règlement Intérieur. A ce titre, chaque membre s'engage notamment à communiquer toute information qu'il est tenu, de par ses engagements au titre de la présente convention constitutive, de fournir au Groupement et/ou à l'autre membre et ce dans des délais compatibles avec l'exercice de leurs droits par ces derniers.

Chaque membre du GCS a le droit, dans la proportion du nombre de ses droits sociaux rapportés au nombre total attribué à l'ensemble des membres du GCS, de participer avec voix délibérative aux assemblées générales des membres.

Chaque membre s'interdit de diffuser ou de communiquer à des tiers les informations considérées comme confidentielles par le membre dont elles proviennent.

Il est néanmoins précisé que cette interdiction ne s'applique pas à la communication d'informations aux autorités de tutelles répondant à une obligation légale ou réglementaire, ainsi qu'à toute communication nécessaire à la validation des comptes de l'un des membres. Dans ces hypothèses, la communication d'informations considérées comme confidentielles sera possible sous réserve que le

membre dont elles proviennent justifie, au préalable, à l'égard du GCS et de l'autre membre, d'une demande expresse du tiers concerné.

Chaque membre a le droit d'être tenu informé de la marche des affaires dans les conditions statutaires.

7.2.2. En sus des informations données lors de l'assemblée générale annuelle, chaque membre a le droit d'être informé à tout moment sur l'activité du GCS, sauf à ce que ce droit dégénère en abus par sa fréquence ou l'importance disproportionnée des renseignements ou informations demandés.

7.2.3. Chaque membre est tenu de communiquer aux autres, dans les conditions définies par l'assemblée générale, toutes les informations qu'il détient intéressant l'objet du GCS notamment celles relatives aux actions qu'il mène susceptibles d'entrer dans le champ de compétence du GCS.

7.2.4. En cas de changement de contrôle de la Clinique, au sens de l'article L. 233-3 du Code de commerce, la Clinique en informera le GCS et le Centre Hospitalier dans les meilleurs délais et au plus tard concomitamment à la consultation de ses instances représentatives du personnel.

## **ARTICLE 8 - ADMISSION - EXCLUSION - RETRAIT**

### **Article 8.1. Admission de nouveaux membres**

En cas de demande(s) d'adhésion d'un, ou plusieurs, nouveau(x) membre(s), les candidatures sont soumises à l'Assemblée générale qui délibère sur l'admission du(des) nouveau(x) membre(s).

Toute personne présentant sa candidature doit au préalable adresser un courrier recommandé avec accusé de réception à l'Administrateur.

L'Administrateur vérifie les conditions d'adhésion et procède à l'examen de la recevabilité de la candidature.

L'Administrateur présente alors à la prochaine Assemblée générale la candidature, le vote ayant lieu à l'unanimité des membres.

En cas de décision favorable de l'Assemblée Générale, il sera réalisé un avenant à la présente convention constitutive.

Cet avenant soumis à l'approbation du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé des Hauts-de-France précise :

- l'identité et la qualité du nouveau membre,
- la date d'effet de l'adhésion,
- la nouvelle répartition des droits au sein du GCS,
- le cas échéant les autres modifications de la convention constitutive liées à cette adhésion.

L'avenant à la présente convention, une fois approuvé, fait l'objet d'une publication dans les conditions prévues par les textes en vigueur.

Tout nouveau membre est réputé adhérer aux dispositions de la présente convention et du Règlement Intérieur, ainsi qu'à toutes les décisions déjà prises par les instances du GCS et qui s'appliqueraient aux membres de celui-ci.

L'admission d'un nouveau membre en cours d'année ne lui confère les droits statutaires prévus à l'article 7 qu'à la date de publication de la décision portant approbation de l'avenant.

La régularisation des droits sociaux et leur répartition sera effectuée à la même date.

Enfin, la procédure d'adhésion ci-avant exposée est requise en cas de constitution d'un nouvel établissement par absorption ou fusion d'un ou plusieurs établissements, membres du GCS.

#### **Article 8.2. Exclusion d'un membre**

Le GCS ne comportant que deux membres, la procédure d'exclusion d'un membre ne pourra pas être engagée.

En cas de manquement, par l'un des membres, aux dispositions de la présente convention constitutive ou du Règlement Intérieur du Groupement, il pourra être recouru à la procédure de conciliation prévue à l'article 17 ci-après.

Si un avenant à la présente convention vient constater l'adhésion de nouveaux membres comme stipulé à l'article 8.1, cet avenant devra également déterminer les modalités d'exclusion d'un membre du Groupement.

#### **Article 8.3. Retrait d'un membre**

En cours d'exécution de la convention, tout membre peut se retirer du GCS. Ce retrait ne peut toutefois intervenir qu'à l'expiration d'un exercice budgétaire.

Le membre du GCS désirant se retirer doit notifier son intention à l'Administrateur du GCS par courrier recommandé avec demande d'avis de réception, douze (12) mois avant la clôture de l'exercice budgétaire au terme duquel interviendra son retrait.

Le GCS ne comportant que deux membres, la notification de retrait entraîne de plein droit la dissolution du GCS au jour de l'effectivité du retrait, dans les conditions de l'article 18.

Dans cette hypothèse, les membres s'engagent, à rechercher les solutions permettant la continuité des activités de soins pour lesquelles chacun bénéficie d'une autorisation d'activité de soins dans le strict respect des intérêts de chacun.

En cas d'admission d'un nouveau membre, l'avenant à la convention constitutive organisant son intégration devra prévoir les conséquences du retrait d'un des membres.

### **TITRE III – FONCTIONNEMENT**

#### **ARTICLE 9 – MODALITES DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS**

##### **Article 9.1 Autorisation d'activité**

Le GCS a pour l'objet de faciliter, de développer et d'améliorer l'activité de chirurgie oncologique de la sphère ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale sur le territoire du Dunkerquois.

Le Groupement n'a ni pour objet, ni pour effet de transférer la titularité de l'autorisation d'activité de soins détenue par la Clinique au Groupement, ni lui en conférer l'exploitation et la facturation.

La Clinique reste par conséquent titulaire de son autorisation et il lui appartient de veiller à sa ré autorisation en application de la réforme des activités de soins et de la révision du PRS-SRS auprès de l'ARS Hauts-de-France.

##### **Article 9.2 Admission et suivi des patients pris en charge**

En sa qualité de titulaire de l'autorisation d'activité sur son site, la Clinique admet les patients pris en charge pour l'activité de chirurgie oncologique de la sphère ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale quelle que soit la filière (publique ou privée).

Lors de leur admission et pour assurer la traçabilité administrative de l'activité des praticiens libéraux et du Centre Hospitalier, les patients sont répartis pour leur suivi et leur prise en charge chirurgicale, entre l'un soit ou l'autre des deux établissements de santé membre du Groupement, selon qu'ils sont amenés à être opérés par un praticien du Centre Hospitalier ou par un praticien libéral lié à la Clinique.

Dans le respect du secret médical, des droits des malades et de la réglementation RGPD, la Clinique et le Centre Hospitalier tiendront un registre leur permettant d'identifier, pour chaque patient pris en charge dans le cadre de l'activité objet de la présente convention, le praticien (praticien libéral ou praticien du Centre Hospitalier) ayant pris en charge le patient au bloc opératoire.

Les praticiens libéraux et hospitaliers s'engagent à prendre en charge les patients qui leurs sont affectés et garantissent à chaque patient la qualité et sécurité des soins et de la prise en charge.

A ce titre, le Centre Hospitalier s'engage à mobiliser dans le cadre du GCS son équipe mobile d'addictologie et la Clinique son personnel de bloc (aide opératoire, IDE circulante) ainsi que son IDE d'addictologie.

Les membres conviennent également que la réussite de la coopération suppose des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP), tous les quinze jours, auxquelles participeront les personnels

médicaux des deux établissements membres, dans le cadre du réseau régional de cancérologie ONCO Hauts-de-France.

Concernant la prise en charge chirurgicale, des plages opératoires sont réservées sur le plateau technique de la clinique de Flandre, en début de semaine et de préférence le lundi pour les interventions liées à l'autorisation objet du présent GCS.

Le patient, suivi par un praticien du Centre Hospitalier et qui nécessite une intervention de chirurgie oncologique sera pris en charge sur le plateau technique de la clinique de Flandre après décision en RCP, dans le cadre du parcours coordonné des soins en cancérologie (dispositif d'annonce, remise du PPS au patient, soins de support...) et dont les modalités sont précisées dans le règlement intérieur.

La consultation pré-anesthésique sera réalisée, sans dépassement d'honoraire, à la Clinique par un anesthésiste libéral et les interventions programmées au minimum quinze jours à l'avance.

La veille ou le jour même de l'intervention, le patient est admis à la Clinique de Flandre en provenance de son domicile, sauf cas exceptionnel nécessité par son état de santé qui justifierait une hospitalisation préalable dans un service du Centre Hospitalier et son transfert entre les deux établissements. Dans ce cas exceptionnel, le transfert est organisé par le Centre Hospitalier, et reste à la charge de celui-ci, selon la réglementation en vigueur.

L'arrivée du patient sur le site de la clinique de Flandre est accompagnée de la constitution d'un dossier d'admission complet aussi bien sur le plan administratif que médical. Par ailleurs, les médecins de chaque établissement resteront vigilants au maintien pour le patient d'un correspondant médical extérieur et veilleront à l'aviser du transfert du patient.

La continuité des soins est assurée par l'ensemble des chirurgiens, publics et privés, selon le schéma suivant : chaque équipe médicale (publique / privée) assurera la continuité des soins pour ses patients programmés/opérés. Lorsque l'équipe médicale n'est pas présente sur place, elle met en place une astreinte, mobilisable dans les plus brefs délais, qui permet d'assurer la continuité des soins pour ses patients programmés/opérés.

Il est prévu pour les patients du Centre Hospitalier un suivi post opératoire sur le site de la Clinique par les praticiens hospitaliers de l'hôpital selon les modalités de continuité des soins prévues par le paragraphe précédent. Lorsque la prise en charge des patients dans le cadre du GCS nécessite un suivi postérieur en soins critiques, le patient est adressé au Centre Hospitalier pour un passage éventuel en unité de soins critiques. Des procédures de prises en charge seront élaborées à cette fin.

Les frais éventuels de transport du patient sont pris en charge selon les modalités définies par la réglementation en vigueur à la date du transfert, principe retenu dans le règlement intérieur.

Parallèlement, et pour permettre de consolider la filière de cancérologie ORL cervico-faciale et maxillo-faciale sur le territoire, une convention avec le CHU de Lille, établissement de recours, sera établie.

### **Article 9.3 Responsabilité**

Conformément aux dispositions de l'article L. 6122-3 du Code de la santé publique, la Clinique, en sa qualité de titulaire de l'autorisation, demeure seule responsable vis-à-vis des tiers, notamment au regard des obligations relatives à l'organisation et à la sécurité des soins.

A ce titre, la Clinique sera responsable des dommages causés aux patients pris en charge dans le cadre de ce groupement sur son site, lorsque le préjudice réside dans le fait de son personnel salarié, de l'organisation, du matériel et/ou des dispositifs médicaux mis à disposition du groupement pour l'exploitation de l'autorisation de celle-ci.

La Clinique dispose d'un recours contre le Centre hospitalier pour les dommages causés au patient pris en charge sur son site par un praticien du Centre Hospitalier, l'établissement public disposant d'un contrat d'assurance couvrant l'intervention des praticiens salariés sur le site de la clinique dans le cadre du présent groupement.

Ceci étant précisé, les membres du Groupement disposent réciproquement l'un envers l'autre, d'une action récursoire leur permettant de rechercher leur responsabilité en cas de faute commise par leurs personnels respectifs dans l'organisation ou la délivrance des soins.

Chaque praticien libéral exerçant une activité dans le cadre du groupement assumera seul la responsabilité des actes médicaux qu'il aura effectués, quel que soit le site de prise en charge du patient, et pour lesquels il sera assuré auprès d'une compagnie d'assurances notoirement solvable.

En dehors des règles ci-dessus décrites applicables en matière de responsabilité civile médicale, la Clinique et le Centre Hospitalier sont, chacun, pleinement responsables les uns à l'égard des autres des conséquences dommageables de leurs agissements et de celles de leurs préposés ou mandataires.

L'ensemble des professionnels appelés à connaître des données médicales des patients sont tenus au secret professionnel dans les conditions et sous les réserves énoncées par les dispositions du code de la santé publique, notamment l'article L.1110-4, et les articles 226-13 et 226-14 du code pénal, relatifs à l'atteinte au secret professionnel.

### **Article 9.4 Modalités de recueil, transmission et archivage des informations médicales**

Les membres du Groupement conviennent qu'en raison de l'exploitation de l'activité sur le site de la Clinique, le GCS aura recours aux systèmes d'information, aux modalités de pilotage et statistiques pour la production de la SAE et aux modalités d'hébergement des données de santé de la Clinique de Flandre.

### **Article 9.5 Organisation de la prise en charge médicamenteuse**

Dans le cadre du GCS, en application des dispositions du II de l'article L. 5126-2 du Code de la santé

SB Y

publique, la Pharmacie à Usage Intérieur de la Clinique est chargée de répondre aux besoins médicamenteux (en ce compris les dispositifs médicaux) des patients relevant de l'activité objet du GCS sur son site et assure l'ensemble des missions qui lui sont dévolues à ce titre.

Une convention organisant la prise en charge médicamenteuse sera annexée au Règlement Intérieur.

#### **ARTICLE 10 – MOYENS DU GCS**

La Clinique, autorisée pour l'activité de soins de chirurgie oncologique de la sphère ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale s'engage à mobiliser son plateau technique (secteur interventionnel, salle de surveillance post-interventionnelle et service d'hospitalisation), ainsi que du personnel de bloc (aide opératoire, IDE circulante), ainsi que son IDE d'addictologie pour assurer la prise en charge des patients du Centre Hospitalier et de la Clinique pour l'activité objet de la présente coopération.

Le Centre Hospitalier s'engage à mobiliser dans le cadre du GCS son équipe mobile d'addictologie.

#### **ARTICLE 11 – BUDGET PREVISIONEL**

L'exercice budgétaire commence le 1<sup>er</sup> janvier et finit le 31 décembre de chaque année. Par exception, le premier exercice du GCS commence au jour de la prise d'effet de la présente convention telle que fixée par la décision d'approbation du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé des Hauts-de-France et se termine le 31 décembre de la même année.

Le premier budget prévisionnel et l'équilibre financier global du groupement sont annexés à la présente convention constitutive et fera l'objet d'une délibération de l'Assemblée Générale.

Le GCS n'ayant pas d'autre vocation que de mettre à disposition des moyens matériels et humains et de permettre l'intervention des praticiens du Centre Hospitalier sur le site de la Clinique, aucun flux financier ne s'impose à lui de sorte que les comptes pourront être approuvés sans mouvement, sans qu'une comptabilité n'ait à être tenue ou qu'un quelconque commissaire aux comptes n'ait à être désigné.

#### **ARTICLE 12 – REGLES DE FACTURATION**

La Clinique est titulaire de l'activité de soins de chirurgie oncologique de la sphère ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale. Les membres n'entendent pas en confier l'exploitation, ni la facturation, au présent groupement. Par voie de conséquence, les tarifs des prestations d'hospitalisation afférents aux patients relevant de l'activité objet du GCS sont facturés directement par la Clinique, seule entité juridique autorisée.

La Clinique facturera donc à l'assurance maladie les prestations de chirurgie oncologique de la sphère ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale réalisées sur son plateau technique, selon l'échelle tarifaire qui lui est propre (échelle tarifaire privée), et percevra pour l'ensemble des actes réalisés sur son plateau

technique le GHS correspondant, et, le cas échéant, les suppléments liés aux séjours des patients en surveillance continue et/ou en unité de soins intensifs, sauf en cas de transfert du patient en service de soins critiques du Centre Hospitalier.

En cas de transfert du patient en service de soins critiques du Centre Hospitalier :

- Si le transfert est temporaire, et que le patient revient à la clinique dans un délai inférieur à 48h, il sera procédé à une facturation de PIE ;
- Si le transfert est définitif, la clinique facturera à l'Assurance Maladie le GHS pour le séjour en son sein, comme précisé ci-dessus, et le Centre Hospitalier facturera à l'Assurance Maladie un nouveau séjour « soins critiques » suivi, le cas échéant, d'une hospitalisation dans les services de soins.

Les honoraires des praticiens libéraux et des praticiens du Centre Hospitalier ayant participé à la réalisation de ces actes intervenant au sein du groupement sont facturés sur le bordereau S3404 de la Clinique, sur la base des tarifs fixés en application de la classification commune des actes médicaux (CCAM – secteur 1) en application de l'article R6133-11 du Code de la santé publique.

Les praticiens du Centre Hospitalier transmettront à l'administration du Centre Hospitalier un état mensuel comportant la liste des actes dispensés à chaque patient. Au vu de ces états mensuels, le Centre Hospitalier procédera à la détermination du montant des actes CCAM facturés à la Clinique.

Dans le cas où le montant facturé par l'établissement employeur des professionnels mentionnés au premier alinéa à l'établissement dont relève le patient est inférieur à ces tarifs, le montant pris en charge par l'assurance maladie ne peut être supérieur au montant facturé.

La Clinique reversera au Centre Hospitalier le montant des actes CCAM des praticiens du Centre Hospitaliers facturés. Les membres conviennent qu'aucune redevance ne sera appliquée aux actes CCAM versés au Centre Hospitalier.

#### **TITRE IV — GOUVERNANCE ET ADMINISTRATION DU GROUPEMENT**

##### **ARTICLE 13 - TENUE ET DÉROULEMENT DES ASSEMBLÉES GÉNÉRALES**

L'Assemblée Générale se compose de tous les membres du GCS, représentés par leurs représentants légaux ou, à défaut, par leurs mandataires dûment habilités.

Les représentants des membres peuvent, en cas d'absence ou d'empêchement, dûment mandater un représentant.

Les représentants des membres participent librement aux débats. Toutefois, seul le représentant légal du membre ou en cas d'absence de ce dernier, son mandataire dûment habilité, dispose du droit de vote.

Le nombre de voix porté par le représentant légal est proportionnel au nombre de droits sociaux accordé à chacun par l'article 7.

La personne physique qui perd le titre ou la fonction pour lequel elle est désignée perd sa qualité de représentant du membre. Le membre pourvoit sans délai à son remplacement.

Si cette personne assure le mandat d'Administrateur, des élections sont organisées dans les conditions prévues à l'article 15 dans les plus brefs délais. L'intérim est assuré par l'Administrateur suppléant.

L'assemblée générale est présidée par l'Administrateur du GCS.

En cas d'empêchement ou d'absence de ce dernier, la présidence est assurée par l'Administrateur suppléant.

Peut être invitée par le Président de l'Assemblée générale et participer aux débats toute personne dont la présence serait utile à la tenue de l'Assemblée.

Le Président assure notamment le bon déroulement de la séance, la tenue de l'émarginement de la feuille de présence, veille à la désignation du secrétaire par l'assemblée, à la vérification du quorum et à la rédaction du procès-verbal.

Le procès-verbal est signé par l'Administrateur ou l'Administrateur suppléant qui a présidé la séance.

L'Assemblée Générale se réunit, sur convocation de l'Administrateur, ou de l'Administrateur suppléant en cas d'indisponibilité du premier ou en cas d'intérim, aussi souvent que l'intérêt du GCS l'exige et au moins deux fois par an.

L'Assemblée Générale est convoquée par écrit 15 jours au moins à l'avance par l'Administrateur, et en cas d'urgence 48 heures au moins à l'avance par courriel avec un accusé de réception.

La convocation indique l'ordre du jour et le lieu de réunion.

En outre, sont joints à la convocation en vue de l'assemblée générale annuelle statuant sur les comptes, les documents financiers de l'exercice écoulé.

#### **ARTICLE 14 — DELIBERATIONS DE L'ASSEMBLEE GENERALE**

L'Assemblée est compétente pour régler les affaires du GCS.

L'Assemblée Générale ne délibère valablement que si les membres présents ou représentés atteignent plus de la moitié des droits mentionnés à l'article 7 de la présente convention. Tout membre peut donner procuration à un autre membre, dans la limite d'une seule procuration.

A défaut de quorum, l'assemblée générale est à nouveau convoquée dans un délai de quinze jours et peut valablement délibérer, quel que soit le nombre de membres présents ou représentés. En cas d'urgence, ce délai est ramené à huit jours.

Sauf disposition contraire contenue dans la présente convention, toutes les délibérations de l'Assemblée Générale sont prises à l'unanimité des membres présents ou représentés.

Elle délibère sur les questions relevant de sa compétence selon les termes de la présente convention, et notamment les questions suivantes :

- 1° Toute modification de la convention constitutive ;
- 2° Le transfert du siège du groupement en tout autre lieu de la même région ou dans toute autre région dans le ressort géographique de laquelle est situé un établissement de santé membre du groupement ;
- 3° Le budget prévisionnel ;
- 4° L'approbation des comptes de chaque exercice et l'affectation du résultat ;
- 5° Le règlement intérieur du groupement ;
- 6° Le choix du commissaire aux comptes ;
- 7° La participation aux actions de coopérations mentionnées à l'article L. 6134-1 du Code de la santé publique ;
- 8° Les modalités selon lesquelles chacun des membres s'engage à communiquer aux autres toutes les informations nécessaires à la réalisation de l'objet du groupement ;
- 9° Les modalités selon lesquelles les droits des membres sont fixés dans la convention constitutive du groupement ;
- 10° L'admission de nouveaux membres ;
- 11° L'exclusion d'un membre ;
- 12° La nomination et la révocation de l'administrateur ;
- 13° Les conditions dans lesquelles peuvent être attribuées à l'administrateur des indemnités de mission ;
- 14° La prorogation ou la dissolution du groupement ainsi que les mesures nécessaires à sa liquidation ;
- 15° Le rapport d'activité annuel ainsi que les comptes financiers transmis au Directeur général de l'Agence régionale de santé des Hauts de France;
- 16° Le protocole définissant les modalités selon lesquelles sont réalisées les prestations médicales mentionnées au premier alinéa de l'article L. 6133-6 du Code de la santé publique et précisant notamment les mesures visant à assurer l'information des patients et la continuité de leur prise en charge ;
- 17° Les modalités de facturation et de paiement des actes médicaux réalisés au titre des prestations médicales mentionnées au point 16° ci-dessus ;

18° Les conditions dans lesquelles elle délègue certaines de ses compétences à l'administrateur ;

19° Toute autre compétence expressément accordée par la présente convention constitutive.

#### **ARTICLE 15 – ADMINISTRATEUR ET SUPPLEANT**

Le groupement est administré par un administrateur élu au sein de l'assemblée générale parmi les représentants des personnes morales membres du groupement.

Le GCS étant de droit privé et portant sur une activité détenue par le membre de droit privé, il sera administré par un administrateur élu lors de l'assemblée générale constitutive en son sein parmi les représentants du membre de droit privé. Lors de cette assemblée, un suppléant sera désigné dans les mêmes conditions parmi les représentants du membre de droit public.

Il est désigné pour une durée de trois ans. Les fonctions de l'administrateur prennent fin à l'issue de la réunion de l'assemblée générale ayant statué sur les comptes du troisième exercice clos.

Le mandat d'administrateur est exercé à titre gratuit.

En cas d'empêchement définitif de l'administrateur, l'assemblée générale est immédiatement convoquée par l'administrateur suppléant ou par l'un des membres du groupement pour désigner un nouvel administrateur.

L'administrateur peut démissionner de ses fonctions sous réserve de respecter un préavis de quatre mois.

L'administrateur est révocable en cours de mandat par l'assemblée générale. De même, l'administrateur qui perd la qualité de représentant de la personne morale au titre de laquelle il siège au sein de l'assemblée générale est démissionnaire d'office. Dans ces deux cas, les fonctions de l'administrateur prennent fin immédiatement, au jour de la révocation ou de la démission d'office.

En cas de révocation, l'assemblée générale procède au cours de la même réunion à l'élection d'un nouvel administrateur qui entre immédiatement en fonction.

L'administrateur, et son suppléant en cas d'empêchement au sens de l'article R 6133-29 du Code de la santé publique, assurent plus particulièrement dans le cadre de l'administration du GCS et dans le respect des dispositions du Règlement Intérieur, les missions suivantes :

- préparation et exécution des délibérations de l'assemblée générale ;
- présidence des assemblées générales ;
- représentation du GCS dans tous les actes de la vie civile et en justice ;
- convocation des assemblées générales ;
- gestion courante du GCS.

Dans les rapports avec les tiers, il engage le GCS pour tout acte entrant dans l'objet de ce dernier.

Il reçoit en outre délégation de l'assemblée générale conformément à l'article 14 des présentes dans les matières autres que celles mentionnées à l'article R. 6133-26-I du Code de la santé publique.

#### **ARTICLE 16 – CONCERTATION ET COORDINATION MEDICALE**

Tous les praticiens intervenant dans le cadre du présent GCS se coordonnent autant que de besoin, grâce à des temps spécifiques de concertation définis entre eux., auxquels participeront autant que de besoin des représentants des membres du groupement.

#### **TITRE V – CONTENTIEUX – COMMUNICATION DES INFORMATIONS – DISSOLUTION – LIQUIDATION – DEVOLUTION DES BIENS – PERSONNALITE MORALE**

#### **ARTICLE 17 - CONCILIATION**

En cas de litige, de différend, de difficulté d'exécution ou d'interprétation survenant entre les membres du Groupement à raison de la présente convention constitutive ou de ses suites, ou de paralysie dans le fonctionnement du Groupement, les parties s'engagent expressément à mettre en œuvre une procédure de conciliation avant toute procédure contentieuse.

Chaque membre désigne alors un conciliateur parmi les personnes de son choix. À compter de la désignation du premier conciliateur, les autres membres disposent de quinze jours pour désigner le leur.

À défaut de désignation d'un conciliateur par l'un ou plusieurs des membres, ce ou ces conciliateurs pourront être désignés par un juge à l'initiative d'un ou de plusieurs membres du Groupement.

Les conciliateurs s'efforceront de trouver une solution amiable dans un délai de quarante-cinq jours à compter de la désignation du premier conciliateur. Tout accord devra faire l'objet d'un document écrit et signé par l'ensemble des parties.

Chacun des membres conservera à sa charge les frais engagés dans le cadre de la conciliation.

Faute d'accord dans les délais impartis, le tribunal compétent pourra être saisi par l'un des membres.

#### **ARTICLE 18 - DISSOLUTION**

Le GCS peut être dissous par décision de l'Assemblée Générale, notamment du fait de la réalisation, de l'extinction de son objet ou de la disparition de la volonté commune des membres. La décision de dissolution fixe la date d'effet de cette dissolution.

En particulier, le Groupement sera dissous de plein droit en cas de non-réautorisation ou de non-renouvellement total ou partiel de l'autorisation de chirurgie oncologique de la sphère ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale de la Clinique par le Directeur général de l'ARS.

Il est également dissous de plein droit si par le retrait ou l'exclusion d'un ou plusieurs de ses membres, il n'en compte plus qu'un seul.

L'administrateur du GCS convoque alors, à la demande de l'un des membres, l'Assemblée générale qui constate la dissolution de plein droit du GCS.

La dissolution du GCS est notifiée au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé dans un délai de 15 jours.

Celui-ci en assure la publicité dans les formes prévues par la réglementation en vigueur.

Conformément à l'article R 6133-8 du Code de la santé publique, le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé a également la faculté de dissoudre le Groupement.

#### **ARTICLE 19 – LIQUIDATION ET DEVOLUTION**

Le Groupement est en liquidation dès l'instant de sa dissolution pour quelque cause que ce soit.

La personnalité morale du Groupement subsiste pour les besoins de la liquidation et jusqu'à la clôture de celle-ci.

Le ou les liquidateurs sont désignés par l'Assemblée Générale en cas de dissolution du groupement par celui-ci ou par décision de justice qui a prononcé la dissolution le cas échéant.

En cas de dissolution, le Groupement procède à l'apurement de son passif et rembourse à ses membres le montant de leurs apports.

Après apurement du passif, l'actif net est réparti entre les membres au prorata des parts détenues par chacun d'eux.

Les autres biens seront dévolus selon les modalités et conditions qui seront fixées par l'Assemblée Générale dans le souci permanent de privilégier la continuité des soins et le maintien d'une offre hospitalière conforme aux besoins de la population.

Dans le cas où l'un des membres se verrait attribuer des biens au-delà de ses droits dans l'actif net, il sera tenu de verser aux autres membres une soulte compensant l'excédent de valeur du ou des biens qu'il recevrait à l'occasion du partage.

Les fonctions de l'administrateur et de l'administrateur suppléant cessent avec la nomination des liquidateurs.

## TITRE VI – DISPOSITIONS DIVERSES

### ARTICLE 20 – REGLEMENT INTERIEUR

L'assemblée établit un Règlement Intérieur opposable à chacun des membres. Ledit règlement est modifiable par avenant à l'unanimité des droits sociaux.

### ARTICLE 21 - MODIFICATIONS DE LA CONVENTION CONSTITUTIVE

La présente convention constitutive pourra être modifiée par avenant signé par l'ensemble des membres après délibération de l'Assemblée Générale statuant à l'unanimité de ses membres.

Ces modifications devront faire l'objet d'une approbation des autorités compétentes et d'une publicité telle que prévue par les textes en vigueur.

### ARTICLE 22 – DISPOSITIONS FINALES

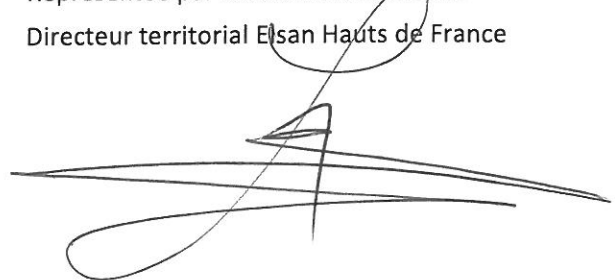
Les soussignés donnent mandat au directeur de la Clinique à l'effet de conclure pour le compte du GCS les formalités nécessaires en vue de son approbation et sa publication par le Directeur Général de l'ARS.

Fait à Dunkerque  
Le 15 octobre 2025  
En 5 exemplaires

**L'hôpital Alexandra Lepève de Dunkerque**  
Représenté par M. Samy BAYOD



**La Clinique de Flandre**  
Représentée par M. Kami MAHMOUDI  
Directeur territorial Elsan Hauts de France



**DÉCISION DOS-SDDFRHSS N°2026-3 PORTANT SUSPENSION IMMÉDIATE ET TOTALE DE L'ACTIVITÉ DU  
CENTRE DE SANTÉ DÉNOMMÉ « CENTRE DE SANTÉ INSTITUT MÉDICO-DENTAIRE DE L'OISE » SIS 101 RUE DES  
BATELIERS À MARGNY-LÈS-COMPIÈGNE (NUMÉRO FINESS : 600017255)**

**LE DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ HAUTS-DE-FRANCE**

Vu le code de la santé publique, et notamment ses articles L.1110-5, L.3114-6, L.6323-1 et suivants, R.4127-201 et suivants, D.6323-1 et suivants ;

Vu le code des relations entre le public et l'administration, et notamment son article L.121-2 ;

Vu l'ordonnance n°2015-1620 du 10 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé et les unions régionales de professionnels de santé à la nouvelle délimitation des régions ;

Vu le décret n°2015-1650 du 11 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé à la nouvelle délimitation des régions et prorogeant le mandat des unions régionales de professionnels de santé regroupant les infirmiers ;

Vu le décret du 2 novembre 2022 portant nomination du directeur général de l'agence régionale de santé des Hauts-de-France (ARS) - M. Hugo Gilardi ;

Vu l'arrêté du 27 février 2018 relatif aux centres de santé ;

Vu le guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie (2006) de la direction générale de la santé ;

Vu la grille technique d'évaluation des cabinets dentaires pour la prévention des infections associées aux soins (octobre 2011) de la direction générale de la santé ;

Vu le référentiel d'évaluation des centres de santé de la haute autorité de santé (février 2007) ;

Vu l'arrêté du directeur général de l'ARS du 1<sup>er</sup> février 2025 portant agrément du centre de santé institut médico-dentaire de l'Oise à Margny-lès-Compiègne ayant pour numéro Finess 600017255 pour ses activités dentaires ;

Vu les courriers du 24 février 2025 du conseil départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes de l'Oise au directeur général de l'ARS, ainsi que du 28 mars 2025 de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes concernant l'activité dentaire du centre de santé ;

Vu l'inspection du centre de santé dénommé « centre de santé institut médico-dentaire de l'Oise » sis 101 rue des bateliers à Margny-lès-Compiègne réalisée en date du 21 janvier 2026 ;

Considérant qu'en application de l'article L.6323-1-12 du code de la santé publique en cas d'urgence tenant à la sécurité des patients, le directeur général de l'agence régionale de santé

peut prononcer la suspension immédiate de l'activité dentaire du centre de santé ;

Considérant que le centre de santé dénommé « centre de santé institut médico-dentaire de l'Oise » bénéficie d'un agrément définitif du directeur général de l'ARS pour ses activités dentaires depuis le 1<sup>er</sup> février 2025 ;

Considérant que le conseil départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes de l'Oise et l'Ordre national des chirurgiens-dentistes ont informé le directeur général de l'ARS de nombreux manquements aux textes et aux dispositions concernant l'hygiène et l'asepsie concernant l'activité dentaire de ce centre de santé ;

Considérant qu'une inspection a été réalisée le 21 janvier 2026 par des agents de l'ARS, accompagnés d'un chirurgien-dentiste conseil de la CPAM de la Somme en qualité de personne qualifiée au sens de l'article L1421-1 du code de la santé publique, au sein du centre de santé institut médico-dentaire de l'Oise sis 101, rue des Bateliers à Margny-lès-Compiègne ;

Considérant que la mission d'inspection a constaté de nombreux manquements en matière de gestion du risque infectieux, dont le contenu est détaillé en annexe unique de la présente décision, notamment en raison de :

= stérilisation

- absence de nettoyage et de stérilisation des porte-instruments dynamiques (PID) systématiquement entre chaque patient ;
- défaut de qualification opérationnelle régulière, de maintenance, et de documentation accessible relative aux autoclaves utilisés ;
- défaut de qualification opérationnelle régulière, de maintenance, et de documentation accessible relative au laveur ultrasonique ;
- absence de contrôle, de validation des paramètres des cycles de stérilisation, et de libération des charges ;
- absence d'étiquetage des dispositifs médicaux réutilisables stérilisés (DMRS) ;
- imprécision de l'étiquetage des dispositifs médicaux stérilisés ;
- stockage inapproprié des DMRS en salle de stérilisation ;
- absence de procédures écrites et de modes opératoires, notamment concernant les dilutions et les temps de trempage des produits détergents désinfectants, et les opérations de stérilisation des DMRS ;
- archivage défaillant des cycles de stérilisation ;
- les DMRS sortant de l'autoclave sont disposés en tas, compromettant ainsi leur bon refroidissement et leur assèchement, ce qui risque fortement d'altérer leur stérilité ;
- il n'existe pas de zone de quarantaine identifiée pour les DMRS à la sortie de l'autoclave, pouvant conduire à un mélange entre DMRS non refroidis et DMRS en attente d'étiquetage ;
- absence de brosses pour un nettoyage manuel en cas de besoin, absence de cartes pour le brossage des fraises (utilisation de brosses à dents jetables) ;
- une des portes du local de stérilisation des dispositifs médicaux n'est jamais fermée ;
- insuffisance de supervision des assistants dentaires en cours de formation ;

- organisation du centre – formation :

- absence de comité dentaire ;
- absence de politique de qualité et de sécurité des soins ;
- absence de plan de formation et de standardisation des pratiques ;

- procédures écrites :

- absence de formalisation de procédures à l'écrit et de modes opératoires concernant notamment le pré-trempage, les temps de trempage des produits détergents désinfectants ;
- absence de gestion de la durée de validité après ouverture des solutions utilisées ;
- erreur de produits dans l'un des bacs de pré trempage indiquée par une assistante dentaire en formation ;

- absence de procédure écrite concernant la radio protection ;
- radio protection des personnels :
  - défaut de radio protection des personnels ;

Considérant l'exposition des patients à des risques de contamination croisée, notamment en raison de :

- désinfection : aseptie, antiseptie et acte dentaire, vigilance sanitaire :
  - absence de dispositif de recapuchonnage ;
  - absence de pré désinfection buccale du patient par bain de bouche ;
  - pratiques des chirurgiens-dentistes susceptibles d'exposer à des risques de contamination croisées - Règles d'aseptie à respecter lors de la réalisation de l'acte ;
  - incertitude sur la composition du produit dans un flacon de Sanytol pour le nettoyage en surface des PID ;
  - absence de soluté hydroalcoolique (SHA) dans certains cabinets malgré la demande de l'assistante dentaire en formation ;
  - absence d'indication de date d'ouverture du SHA sur un flacon ;
  - absence de traitement des empreintes via un spray désinfectant adapté, et absence d'information au prothésiste de la réalisation de la désinfection ;
  - absence de désinfection de la carpule anesthésique ;
- hygiène du personnel :
  - tenue non conforme des chirurgiens-dentistes – ongles longs et vernis, bagues, bracelets, montres affectant le bon lavage des mains et friction avec un produit hydro-alcoolique, ainsi que le port des gants à usage unique ;
  - port variable des lunettes de protection par les chirurgiens-dentistes ;
- matériel stérile et périmés : aseptie, antiseptie et acte dentaire :
  - présence de dispositif médical devant être stérilisé, stocké sans conditionnement stérile (tire nerf et fraises, limes, fraiseurs), conservation de carpules en vrac dans les tiroirs ;
  - présence d'un matériel avec une date limite d'utilisation dépassée ;
  - présence de matériel stérilisé sans l'étiquette de traçabilité de la stérilisation ;
  - souillure de matériel stérilisé sous sachet (souillure d'un miroir et d'une spatule allant en bouche, présence de résidu de composite dans le sachet du matériel ayant été stérilisé) ;
  - incertitude sur la quantité de matériel à disposition des dentistes pour réaliser les soins dentaires quotidiens dans le respect de leurs conditions de stérilisation ;
  - absence de changement des PID entre chaque patient ;

- salle d'implantologie :
  - non-conformité de l'aménagement du local utilisé pour la salle d'implantologie aux recommandations de bonnes pratiques ;
  - entretien des locaux :
    - . absence de pré-désinfection de la salle avant une opération chirurgicale invasive avec contact osseux ;
    - . absence de nettoyage de la VMC ;
    - . pas de traçabilité du bionettoyage réalisée par la société de ménage dans la salle d'implantologie, ne permettant pas de s'assurer du mode opératoire spécifique à suivre pour les salles d'intervention chirurgicale ;
- Salles de soins :
  - absence de récupérateur d'amalgame dans les salles de soins ;
  - absence de lavabo à commande non manuelle ;
  - non-conformité des revêtements des surfaces (sols, murs, plan de travail) aux recommandations de bonnes pratiques ;
  - entretien des locaux : propreté relative des salles de soins ; présence de peluche avec un risque de contamination aérienne, et un impact potentiel sur le nettoyage ; aucune traçabilité du bionettoyage réalisé par la société de ménage dans les salles de soins (fiches de suivi dans certaines salles de soins mais non remplies). ;
  - absence de protection des claviers d'ordinateurs dans les salles de soins ;

Considérant qu'en application des dispositions de l'article L.6323-1-5 du code de la santé publique « *dans les centres ayant une activité dentaire [...], un comité dentaire [...] est constitué. [...]. Il est, avec le gestionnaire, responsable de la politique d'amélioration continue de la qualité, de la pertinence et de la sécurité des soins ainsi que de la formation continue des professionnels de santé exerçant dans le centre au titre de ces activités* » ;

Considérant que les dispositions de l'article D.6323-3 du code de la santé publique précisent que « *les locaux, les installations matérielles, l'organisation des soins, l'expérience et la qualification du personnel des centres de santé permettent d'assurer la sécurité des patients et la qualité des soins* » ;

Considérant que les dispositions de l'article D.6323-7 du code de la santé publique précisent que « *les centres de santé disposent de locaux et d'installations matérielles permettant d'assurer aux patients des conditions d'accessibilité, de sécurité et d'hygiène conformes aux normes en vigueur* » ;

Considérant qu'aux termes des dispositions de l'alinéa 1<sup>er</sup> de l'article L.1110-5 du code de la santé publique « *toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir, sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de traitements et de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.* » ;

Considérant qu'en application des dispositions de l'article L.3114-6 du CSP « *les professionnels de santé [...] exerçant en dehors des établissements de santé, veillent à prévenir toutes les infections liées à leurs activités de prévention, de diagnostic et de soins* » ;

Considérant que les dispositions de l'article R.4127-204 du CSP précisent que « *le chirurgien-dentiste ne doit en aucun cas exercer sa profession dans des conditions susceptibles de compromettre la qualité des soins et des actes dispensés ainsi que la sécurité des patients* », que le

*praticien « doit notamment prendre, et faire prendre par ses adjoints ou assistants, toutes dispositions propres à éviter la transmission de quelque pathologie que ce soit».et que « sauf circonstances exceptionnelles, il ne doit pas effectuer des actes, donner des soins ou formuler des prescriptions dans les domaines qui dépassent sa compétence professionnelle ou les possibilités matérielles dont il dispose » ;*

Considérant qu'en application des dispositions du 1° de l'article R.4127-233 du CSP « *le chirurgien-dentiste qui a accepté de donner des soins à un patient s'oblige : 1° A lui assurer des soins éclairés et conformes aux données acquises de la science, soit personnellement, soit lorsque sa conscience le lui commande en faisant appel à un autre chirurgien-dentiste ou à un médecin (...)* » ;

Considérant que les dispositions de l'article R.4127-269 du CSP rappellent que « *dans tous les cas doivent être assurées la qualité des soins, leur confidentialité et la sécurité des patients et que l'installation des moyens techniques et l'élimination des déchets provenant de l'exercice de la profession doivent répondre aux règles en vigueur concernant l'hygiène* » ;

Considérant que ces constats sont contraires aux recommandations et bonnes pratiques de la direction générale de la santé, notamment dans son guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie (2006) et dans la grille technique d'évaluation des cabinets dentaires pour la prévention des infections associées aux soins (version d'octobre 2011), ainsi qu'au référentiel d'évaluation des centres de santé de la haute autorité de santé (février 2007) ;

Considérant que l'ensemble de ces manquements sont de nature à exposer les patients du centre de santé dans son activité dentaire à un danger grave et immédiat dans le cadre de soins dentaires qu'il dispense compte tenu du risque de transmission d'agents infectieux graves, notamment de virus de type hématogènes (dont VIH, VHB, VHC) ;

Considérant que la gravité de ces manquements justifie l'urgence tenant à la sécurité des patients à suspendre immédiatement l'activité dentaire du centre de santé, sans procédure contradictoire préalable conformément au II de l'article L.6323-1-12 du code de la santé publique et de l'article L.121-2 du code des relations entre le public et l'administration ; qu'une telle suspension immédiate apparaît comme la seule mesure proportionnée au regard des éléments évoqués *supra* ;

## **DECIDE**

**Article 1er** – L'activité du centre de santé dénommé « centre de santé institut médico-dentaire de l'Oise » géré par l'association institut médico-dentaire de l'Oise, situé à l'adresse suivante 101 rue des bateliers 60280 Margny-lès-Compiègne et dont le numéro Finess est 600017255, est suspendue immédiatement et totalement pour son activité dentaire en application du II de l'article L.6323-1-12 du code de la santé publique.

**Article 2** – Conformément à l'article L.6323-1-12 du code de la santé publique, le centre de santé dénommé « centre de santé institut médico-dentaire de l'Oise » est mis en demeure de remédier aux manquements constatés détaillés en annexe unique de la présente décision avant le 16 mars 2026.

S'il est constaté, au terme de ce délai, qu'il a été satisfait à la mise en demeure, le directeur général de l'ARS, éventuellement après réalisation d'une visite de conformité, pourra mettre fin à la suspension.

Dans le cas contraire, le directeur général de l'ARS pourra décider soit du maintien de la suspension jusqu'à l'achèvement de la mise en œuvre des mesures prévues, soit de la fermeture du centre de santé.

**Article 3** – Conformément aux dispositions de l'article D.6323-11-1 du code de la santé publique, les informations résultant de la présente décision seront inscrites au sein du répertoire prévu au V de l'article L.6323-1-12 du même code.

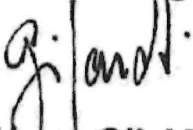
**Article 4** – La présente décision est susceptible de faire l'objet d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification.

**Article 5** – La présente décision sera notifiée au représentant légal de l'organisme gestionnaire du centre de santé, par lettre remise en mains propres contre émargement. Elle sera communiquée sans délai à la Caisse nationale de l'assurance maladie, à la caisse primaire d'assurance maladie du département de l'Oise, au conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes de l'Oise et au conseil national de l'ordre national des chirurgiens-dentistes.

**Article 6** – Le directeur de la direction de l'offre de soins est chargé de l'exécution de la présente décision qui sera publiée au recueil des actes administratifs de l'Etat en Hauts-de-France.

Fait à Lille, le 29/01/2026

**Le Directeur général**



**Hugo GILARDI**

**Annexe unique à la décision DOS-SDDFRHSS N°2026-3 portant suspension immédiate et totale de l'activité du centre de santé dénommé « centre de santé institut médico-dentaire de l'Oise » sis 101 rue des bateliers à Margny-lès-Compiègne (numéro Finess : 600017255) :  
Manquements constatés faisant l'objet d'une mise en demeure d'y remédier dans le délai fixé par l'article 2 de la décision**

Conformément aux dispositions du II de l'article L.6323-1-12 du CSP, la décision de suspension immédiate et totale de l'activité du centre de santé est accompagnée des constatations faites et assortie d'une mise en demeure de remédier aux manquements avant le 15 mars 2026 tel que fixé par l'article 2 de la présente décision.

**I. Dysfonctionnements constatés**

La mission d'inspection a constaté les dysfonctionnements suivants, nécessitant d'y remédier dans le délai prémentionné :

- Stérilisation

- Absence de nettoyage et de stérilisation des porte-instruments dynamiques (PID) systématiquement entre chaque patient

Selon les déclarations des assistantes dentaires en formation, entre chaque patient, les PID souillés (turbines et contre angles) sont passés à la lingette désinfectante Aseptonet, voire au Sanytol Désinfectant Nettoyant multiusage.

Tous les 3 patients environ seulement, ou en cas de soins salissants, après essuyage à la lingette, les PID sont passés dans l'Icare, équipement qui nettoie et lubrifie les canaux internes, puis repartent en salles de soins. Les opérations ne sont pas enregistrées.

Le Guide de prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé (Direction générale de la Santé – Ministère de la Santé et des Solidarités - Janvier 2006 - p.63-64) mentionne que *le nettoyage est une étape très importante qui conditionne l'efficacité de l'ensemble du traitement. Il doit être réalisé dans la suite immédiate de la pré-désinfection et dépend de 4 paramètres : l'action physicochimique du produit détergent ou détergent-désinfectant exempt d'aldéhyde, le temps de contact, l'action mécanique du manipulateur et l'action thermique (eau chaude le cas échéant).*

Les PID ne sont pas stérilisés entre chaque patient, ils sont autoclavés une fois par jour, le soir.

Il est à noter que le centre ne dispose que de 30 PID pour les 9 salles de soins.

*Le guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé, élaboré par la direction générale de la santé en 2006, stipule que « l'utilisation de dispositifs médicaux à usage unique est à privilégier chaque fois qu'un tel matériel existe et qu'il permet de réaliser une intervention sûre et efficace pour le patient. L'application d'un système de stérilisation ou de désinfection efficace et adapté est obligatoire pour les dispositifs médicaux réutilisables.*

*[...]*

*Le dispositif médical critique doit subir une stérilisation qui est la méthode à privilégier.»*

*Lors de l'achat des porte-instruments dynamiques, il est important de privilégier ceux qui répondent à toutes les exigences de sécurité en matière de nettoyage et de stérilisation. La qualification de « stérilisable » doit engager le fabricant à fournir un matériel permettant toutes les étapes de la procédure sans en exclure aucune (Cf. Grille technique d'évaluation des cabinets*

*dentaires pour la prévention des infections associées aux soins – Commission des dispositifs médicaux de l'Association Dentaire Française – Octobre 2015, Question 67, page 110).*

**Le centre de santé doit se conformer aux recommandations de bonnes pratiques citées précédemment soient mises en œuvre, pour l'ensemble des porte-instruments dynamiques, dès la fin de leur utilisation chez un patient.**

- Défaut de qualification opérationnelle régulière, de maintenance, et de documentation accessible relative aux autoclaves utilisés

Le cabinet dentaire est équipé de 2 autoclaves de la marque Anthos, dont la date d'installation n'a pu être précisée. Aucune facture d'achat n'a été remise le jour de l'inspection.

Aucun document technique décrivant le fonctionnement des appareils et leur entretien, aucun document de qualification opérationnelle, aucun cahier de vie, ni aucun contrat de maintenance préventive et curative n'a pu être présenté au cours de l'inspection.

Les appareils ne portent pas d'étiquette de maintenance.

Seuls 2 bons d'intervention de la société Bitton Matériel dentaire sont archivés, par suite d'interventions sur les autoclaves, l'un date du 01/04/2025 pour un déplacement d'autoclave sur une étagère, l'autre du 12/06/2025 pour un nettoyage de filtre cuve.

Des recommandations de bonnes pratiques, et plus particulièrement la Grille technique d'évaluation des cabinets dentaires pour la prévention des infections associées aux soins, il ressort :

*Une qualification opérationnelle sur site est obligatoire à l'installation de l'autoclave. Son objectif est de constituer un dossier contenant les preuves du bon fonctionnement de l'appareil dans ses conditions réelles d'utilisation.*

*Afin de garantir la pérennité des performances constatées lors de la qualification, il serait préférable de contracter des contrats de maintenance faisant état de requalifications périodiques. Pour assurer une pertinence des requalifications comparable à ce qui est réalisé en milieu hospitalier, la profession estime raisonnable de proposer que celles-ci soient au minimum prévues tous les 1000 cycles ou 2 ans (au premier des deux termes échu) (Cf. Grille technique, Question 61, page 102).*

*La maintenance est assurée par le fournisseur de l'autoclave ou par un intervenant qui prend en charge l'entretien, la maintenance préventive et les réparations selon leur périodicité respective en tenant compte des recommandations du fabricant. Ces interventions devront être consignées dans un cahier d'entretien fourni par le fabricant précisant les opérations nécessaires, leur protocole ainsi que leur fréquence, afin de pouvoir assurer le maintien des performances (Cf. Grille technique, Question 59, page 100).*

*Si cela est possible, l'entretien courant défini par le fabricant pourra être réalisé par l'utilisateur (exemples : nettoyage de la cuve, des portes-plateaux, changement des filtres ou joints ...).*

**Conformément aux dispositions des articles R. 5212-25 et suivants du code de la santé publique, le centre de santé est tenu d'assurer la maintenance et les contrôles de qualité prévus pour les dispositifs médicaux que vous exploitez. Ces interventions doivent être enregistrées dans le registre de l'appareil.**

**Le centre de santé doit se conformer à ces obligations de maintenance et de qualification**

opérationnelle de l'autoclave, et de traçabilité des interventions.

Il doit veiller à ce que les recommandations de la Grille technique d'évaluation des cabinets dentaires pour la prévention des infections associées aux soins soient respectées.

- Défaut de qualification opérationnelle régulière, de maintenance, et de documentation accessible relative au laveur ultrasonique

Le cabinet dentaire est équipé d'un laveur ultrasonique de la marque Gammasonic.

Aucun document technique décrivant l'appareil, aucun document de qualification opérationnelle, aucun cahier de vie, ni aucun contrat de maintenance n'a pu être présenté au cours de l'inspection.

**Conformément aux dispositions des articles R. 5212-25 et suivants du code de la santé publique, le centre de santé est tenu d'assurer la maintenance et les contrôles de qualité prévus pour les dispositifs médicaux que vous exploitez. Ces interventions doivent être enregistrées dans le registre de l'appareil.**

**Le centre de santé doit se conformer à ces obligations de maintenance et de qualification opérationnelle de l'autoclave, et de traçabilité des interventions.**

- Absence de contrôle, de validation des paramètres des cycles de stérilisation, et de libération des charges

En fin de cycle, vérification du virage des indicateurs de passage et des intégrateurs.

Absence de vérification et de validation des cycles de l'autoclave. Absence de libération des charges.

Des recommandations de bonnes pratiques, et plus particulièrement la Grille technique d'évaluation des cabinets dentaires pour la prévention des infections associées aux soins, il ressort :

*Le processus de stérilisation ne peut pas être contrôlé a posteriori. Il faut que tous les points de contrôles soient positifs pour déclarer une charge stérile.*

*Pour garantir l'efficacité de la stérilisation, les paramètres suivants doivent être vérifiés et enregistrés à la fin de chaque cycle :*

- température et durée du plateau de stérilisation,
- virage correct de l'intégrateur physicochimique conditionné en sachet et placé au sein de la charge,
- virage de tous les indicateurs de passage figurant sur les sachets,
- absence d'humidité des sachets et intégrité des emballages,
- résultat du dernier test de pénétration de vapeur d'eau (BOWIE-DICK ou Hélix).

*Ces éléments doivent être archivés dans un cahier afin d'assurer la traçabilité du processus de stérilisation (Cf. Grille technique, Question 63, page 104).*

*L'enregistrement numérique (ticket) ou graphique (diagramme) du cycle doit être conforme à l'enregistrement de référence obtenu lors de la validation de l'appareil. Il permet aussi de vérifier le fonctionnement correct de l'autoclave (Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie – Direction générale de la santé – Conseil supérieur d'hygiène publique de France – Comité technique national des infections nosocomiales et des infections liées aux soins - Deuxième Edition, juillet 2006).*

**Le centre de santé doit se conformer à ces bonnes pratiques.**

- Absence d'étiquetage des dispositifs médicaux réutilisables stérilisés (DMRS)

Les dispositifs médicaux autoclavés emballés ne sont pas tous étiquetés. Dans ces conditions, aucune information relative au cycle de stérilisation n'est accessible. Il est impossible de vérifier la péremption des sachets.

Des recommandations de bonnes pratiques, et plus particulièrement la Grille technique d'évaluation des cabinets dentaires pour la prévention des infections associées aux soins, il ressort :

*L'étiquetage des sachets stérilisés doit comporter les informations suivantes :*

- *le n° du cycle de stérilisation,*
- *la date de la stérilisation,*
- *la date limite d'utilisation selon l'emballage choisi et les conditions de stockage (Cf. Grille technique, Questions 64, 65, et 66, pages 106 à 109).*

**Le centre de santé doit se conformer aux obligations d'étiquetage des sachets stérilisés.**

- Imprécision de l'étiquetage des dispositifs médicaux stérilisés

Quand une étiquette de stérilisation est apposée sur l'emballage du DMS, celle-ci ne comporte qu'une seule date, sans préciser qu'il s'agit de la date limite d'utilisation. La date de stérilisation n'est y pas mentionnée, si bien qu'il peut y avoir confusion entre les deux dates.

Par ailleurs, l'étiquette, quand elle est apposée, l'est parfois sur la face papier. Cette face est conçue pour être perméable à la stérilisation, elle est plus fragile mécaniquement. L'apposition de l'étiquette de stérilisation sur la face papier risque d'altérer la barrière stérile.

**Le centre de santé doit respecter les obligations d'étiquetage des sachets stérilisés précédemment citées.**

**Le centre de santé doit veiller à prendre toutes dispositions pour éviter la rupture de la barrière stérile de tous les DMRS.**

- Stockage inapproprié des DMRS en salle de stérilisation

Les DMRS sont stockés en salle de stérilisation, dans des meubles à tiroirs, fortement entassés les uns sur les autres.

Ce mode de stockage ne permet de garantir le maintien de la stérilité des DMRS.

Parmi les DMRS stockés, certains emballages étaient d'ailleurs percés, et ne pouvaient plus être considérés comme stériles.

**Le centre de santé doit veiller à prendre toutes dispositions pour éviter la rupture de la barrière stérile de tous les DMRS.**

- Autres dysfonctionnements constatés
  - *Absence de procédures écrites et de modes opératoires, notamment concernant les dilutions et les temps de trempage des produits détergents désinfectants, et les opérations de stérilisation des DMR*

Les dilutions des produits détergents désinfectants, utilisés en pré-traitement des DMR sont imprécises. La quantité d'eau ajoutée au détergent désinfectant concentré l'est à vue d'œil, environ aux  $\frac{3}{4}$  du bac de trempage.

Il n'existe pas de procédure écrite ou de mode opératoire, relatifs aux dilutions et aux temps de

trempage des produits détergents désinfectants.  
Les DMR sont retirés des bacs de trempage le midi et le soir.

**Le centre de santé doit respecter les bonnes pratiques (Cf. Grille technique, Question 44, page 81).**

Par ailleurs, deux documents très succincts, un logigramme relatif à l'instrumentation rotative et un mode opératoire relatif au protocole test de conformité autoclave, sont accessibles.

Ils sont complétés d'un mode opératoire décrivant les opérations de chargement et de déchargement de l'autoclave qui n'est pas respecté :

- Pas de requalification opérationnelle des autoclaves tous les deux ans ;
- Les autoclaves sont chargés de façon excessive, avec plusieurs couches de sachets à stériliser par plateau ;
- L'intégrateur physicochimique Prions est placé au-dessus de la charge du plateau supérieur ;
- La température et la durée du plateau de stérilisation ne sont pas vérifiées ;
- Les charges ne sont pas libérées ;
- L'ensemble des DMRS ne sont pas étiquetés.

○ *Insuffisance de supervision des assistants dentaires en cours de formation*

L'absence ou la non-application de procédures écrites et de modes opératoires contribue à des pratiques hétérogènes entre les assistantes dentaires encore en formation et ne bénéficiant d'aucun encadrement technique et d'aucune supervision.

**Le centre de santé doit prendre toutes dispositions pour garantir des pratiques professionnelles homogènes et reproductibles.**

*Un système documentaire doit être mis en place afin de garantir à la fois la qualité et la régularité des prestations de soins, et d'en assurer la traçabilité (Guide de prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé - Direction générale de la Santé – Ministère de la Santé et des Solidarités - Janvier 2006 – Point 15.2).*

**Le centre de santé doit veiller à prendre toutes dispositions pour garantir la formation des assistants dentaires dans le respect du référentiel des compétences en application des dispositions de l'article L.4393-9 du code de la santé publique.**

**Par analogie de l'article L4393-8 du code de la santé publique, le centre de santé doit veiller à placer l'assistant dentaire en formation lors de ses activités, sous la responsabilité et le contrôle effectif d'un dentiste.**

**Le centre de santé doit prendre toutes dispositions pour garantir la formation continue des professionnels de santé exerçant au sein du centre de santé dentaire en application des dispositions de l'article L.6323-1-5 du code de la santé publique.**

○ *Archivage défaillant des cycles de stérilisation*

Des documents de stérilisation sont archivés. Ils reprennent la composition de la charge, le numéro d'autoclave, la date et l'heure de stérilisation, le numéro de cycle, la conformité de l'indicateur Prions, le numéro d'opérateur, le type de cycle et le numéro de lot.

Une étiquette mentionnant le numéro de lot et une date qui s'avère être la date de péremption, y est collée.

Y sont également collés les étiquettes de test Hélix et de test de vide, ainsi que l'intégrateur physicochimique Prions.

La mission d'inspection a constaté que cet archivage était défaillant, compromettant gravement la traçabilité des opérations, les étiquettes et les intégrateurs se décollant, il est alors impossible

de les rattacher à un cycle de stérilisation.

De plus, un intégrateur, viré de façon non conforme, est archivé, désolidarisé de sa fiche de stérilisation. Aucune explication n'a été fournie à ce sujet en inspection.

- *Les DMRS sortant de l'autoclave sont disposés en tas, compromettant ainsi leur bon refroidissement et leur assèchement, ce qui risque fortement d'altérer leur stérilité ;*
- *Il n'existe pas de zone de quarantaine identifiée pour les DMRS à la sortie de l'autoclave, pouvant conduire à un mélange entre DMRS non refroidis et DMRS en attente d'étiquetage ;*
- *Absence de brosses pour un nettoyage manuel en cas de besoin, absence de cartes pour le brossage des fraises (utilisation de brosses à dents jetables) ;*
- *Une des portes du local de stérilisation des dispositifs médicaux n'est jamais fermée.*

- Organisation du centre - formation

- Absence de comité dentaire
- Absence de politique de qualité et de sécurité des soins.
- Absence de protocoles écrits, de plan de formation et de standardisation des pratiques.

**Le centre de santé doit se conformer aux dispositions des articles L. 6323-1-5, D. 6323-3 et article D. 6323-7 du code de la santé publique.**

- Procédures écrites

Lors de la visite et des entretiens, il a été fait le constat de très peu de formalisation de procédures à l'écrit. Les procédures affichées et connues des professionnels sont le lavage des mains et la procédure AES.

- Absence de procédures écrites et modes opératoires concernant le pré-trempage

Il n'existe pas de procédures écrites ou de modes opératoires relatifs aux produits à utiliser suivant les bacs, aux dilutions, aux temps de trempage et à la fréquence de changement des solutions des bacs de pré trempage. Une assistante dentaire en formation a indiqué avoir constaté au moins une fois une erreur de produits dans l'un des bacs de pré trempage préparé par l'une de ses collègues.

**Le centre de santé doit respecter les bonnes pratiques (Cf. Grille technique, Questions 43).**

- Absence de procédures écrites et de modes opératoires, notamment concernant les dilutions et les temps de trempage des produits détergents désinfectants

Les dilutions des produits détergents désinfectants, utilisés en pré-désinfection et dans le bac à ultrasons, sont imprécises. Il n'existe pas de procédures écrites ou de modes opératoires, relatifs aux dilutions et aux temps de trempage des produits détergents désinfectants.

De plus, la durée de validité après ouverture des solutions utilisées n'est pas gérée.

**Le centre de santé doit respecter les bonnes pratiques (Cf. Grille technique, Question 44).**

- Absence de procédure écrite concernant la radio protection

**Le centre de santé doit respecter les bonnes pratiques (Cf. référentiel d'évaluation des centres de santé de la HAS – critère 5e)**

- Radio protection des personnels

- Défaut de radio protection des personnels

Il est constaté l'absence de port de dosimètre individuel par les professionnels. Un dosimètre d'ambiance était par ailleurs rangé dans un pot à crayon.

Il n'existe par ailleurs aucune procédure sur les règles de radioprotection mis à disposition des professionnels.

**Le centre de santé doit respecter les bonnes pratiques (Cf. référentiel d'évaluation des centres de santé de la HAS – critère 5e)**

**II. Risque de contamination croisée**

- Absence de dispositif de recapuchonnage

**Le centre de santé doit respecter les bonnes pratiques (Cf. Grille technique, Questions 15).**

- Absence de pré désinfection buccale du patient par bain de bouche

Lors des mises en situation, il n'est pas fait mention d'un bain de bouche antiseptique du patient avant tout soin.

**Le centre de santé doit respecter les bonnes pratiques (Cf. Grille technique, Questions 35).**

- Pratiques des chirurgiens-dentistes susceptibles d'exposer à des risques de contamination croisées - Règles d'asepsie à respecter lors de la réalisation de l'acte

Lors des mises en situation d'actes dentaires, il a été fait les constats suivants :

- Absence de champ opératoire étanche lors de restauration composite type mini digue (remplacée par des rouleaux de coton à usage unique), Risque de contamination du site opératoire par les fluides gingivaux
- Réalisation par le praticien d'apports itératifs de matériau composite prélevé au niveau d'une seringue de composite 4g avec la même spatule qui va déposer le matériau en bouche.
- Absence d'utilisation de capsule de composite prédosé à usage unique ou de travail à 4 mains (l'assistante évite cette contamination du tube de composite réutilisable).
- Absence de travail à quatre main le praticien avec les gants utilisés pour l'exérèse de la carie manipule la seringue d'acide, le flacon d'adhésif, la seringue de 4 g de matériau avec des prélèvements itératifs en actionnant une vise sans fin. Les produits évoqués sont désinfectés à la lingette. Les produits sont remis dans le tiroir, le matériau composite dans la seringue a potentiellement été exposé.
- Absence de purge entre chaque patient des aspirations chirurgicales ou salivaires même en cas de chirurgie. Une lingette est passé sur l'orifice de la tubulure de l'aspiration chirurgicale avant de remettre une nouvelle canule chirurgicale pour le nouveau patient

**Le centre de santé doit respecter les bonnes pratiques (Cf. Guide points 4.2, 4.3, 7.2 et 9.2).**

*La qualité de l'environnement, la préparation du patient, le bon usage des antiseptiques et le respect des règles d'asepsie lors du geste sont essentiels à la maîtrise du risque infectieux lié à l'acte dentaire. Le matériel et les produits utilisés au cours des soins sont stériles ou désinfectés selon le*

niveau de risque lié à l'acte et au patient. Aussi, il convient de manipuler ce matériel et ces produits en respectant les règles d'asepsie, de protéger le patient et de mettre en place un champ opératoire pour certains gestes.

**Le centre de santé doit respecter les bonnes pratiques (Cf. Grille Question 32).**

- Désinfection : asepsie, antisepsie et acte dentaire, vigilance sanitaire
  - Incertitude sur la composition du produit dans un flacon de Sanytol pour le nettoyage en surface des PID

Lors de la visite des salles de soins, il a été constaté la présence de flacon de Sanytol dans les salles d'implantologie et la salle de soin 5 a minima. Les informations données ont été contradictoires, certaines assistantes indiquant qu'il s'agissait bien de Sanytol, d'autres et la directrice indiquant qu'il s'agissait uniquement d'un pulvérisateur récupéré mais que le produit utilisé était bien conforme. Si cela était le cas, aucune étiquette de composition du produit supposé n'était apposée sur le pulvérisateur.

Des assistantes dentaires ont indiqué utiliser ce produit pour le nettoyage en surface des PID. S'il s'agissait bien de Sanytol dans le pulvérisateur, il s'agit d'un produit non conforme pour cet usage au regard de la liste positive des produits désinfectants dentaires (Commission des dispositifs médicaux de l'association dentaire française, édition 2018).

**Le centre de santé doit respecter les bonnes pratiques (Cf. Grille technique, Question 31 et Guide, point 7.2).**

- Absence de soluté hydroalcoolique (SHA) dans certains cabinets malgré la demande de l'assistante dentaire en formation

Lors des entretiens, une assistante dentaire a indiqué ne plus avoir de SHA à disposition dans sa salle de soins, malgré des demandes de réapprovisionnement. Les commandes sont gérées par une assistante dentaire externe au centre (employée par la clinique de Dr Rodriguez), venant sur site une fois par semaine, et sans procédure de suivi de stocks et des demandes de réapprovisionnement formalisée.

**Le centre de santé doit respecter les bonnes pratiques (Cf. Grille technique, Question 18 et référentiel d'évaluation des centres de santé de la HAS – critère 6a).**

- Absence d'indication de date d'ouverture du SHA sur un flacon

**Le centre de santé doit respecter les bonnes pratiques (Cf. Grille technique, Question 36).**

- Absence de traitement des empreintes via un spray désinfectant adapté, et absence d'information au prothésiste de la réalisation de la désinfection

Lors des mises en situation, les empreintes sont passées à l'eau mais ne sont pas systématiquement désinfectées. Lorsqu'elles le sont, c'est le produit désinfectant de surface qui est utilisé. La méthode de désinfection doit cependant respecter la conservation des qualités physico-chimiques des matériaux d'empreinte (distinction entre matériaux hydrophiles ou hydrophobes).

Lors de l'envoi au laboratoire, il n'est pas fait mention sur le sachet de la réalisation d'une désinfection (même partielle en l'état).

**Le centre de santé doit respecter les bonnes pratiques (Cf. Grille technique, Question 69).**

- Absence de désinfection de la carpule anesthésique

**Le centre de santé doit respecter les bonnes pratiques (Cf. Grille technique, Question 39).**

- Hygiène du personnel

- Tenue non conforme des chirurgiens-dentistes – ongles longs et vernis, bagues, bracelets, montres affectant le bon lavage des mains et friction avec un produit hydro-alcoolique, ainsi que le port des gants à usage unique

**Le centre de santé doit respecter les bonnes pratiques (Cf. Grille technique, Questions 4, 6, 8, 9).**

- Port variable des lunettes de protection par les chirurgiens-dentistes

**Le centre de santé doit respecter les bonnes pratiques (Cf. Grille technique, Question 12).**

Matériel stérile et périmés : asepsie, antiseptie et acte dentaire

- Présence de dispositif médical devant être stérilisé, stocké sans conditionnement stérile (tire nerf et fraises, limes, fraiseurs), conservation de carpules en vrac dans les tiroirs.

**Le centre de santé doit respecter les bonnes pratiques (Cf. Grille technique, Questions 40 et 41 et Guide points 2.2.4, 6.1 et 6.2, 6.4).**

- Présence d'un matériel avec une date limite d'utilisation dépassée

**Le centre de santé doit respecter les règles déontologiques. (Cf. articles R. 4127-204 et R.4127-269 du code de la santé publique).**

- Présence de matériel stérilisé sans l'étiquette de traçabilité de la stérilisation.

**Le centre de santé doit respecter les bonnes pratiques (Cf. Grille technique, Question 65 et Guide point 6.2.5).**

- Souillure de matériel stérilisé sous sachet (souillure d'un miroir et d'une spatule allant en bouche, présence de résidu de composite dans le sachet du matériel ayant été stérilisé).

**Le centre de santé doit respecter les bonnes pratiques (Cf. Grille technique, Question 56 et Guide point 6.2.5).**

- Incertitude sur la quantité de matériel à disposition des dentistes pour réaliser les soins dentaires quotidiens dans le respect de leurs conditions de stérilisation
- Absence de changement des PID entre chaque patient.

Lors des entretiens, des assistantes dentaires ont indiqué que le PID est changé vers midi en vue de sa stérilisation.

**Le centre de santé doit respecter les bonnes pratiques (Cf. Grille technique, Question 25).**

- Salle d'implantologie

- Non-conformité de l'aménagement du local utilisé pour la salle d'implantologie aux recommandations de bonnes pratiques

Il n'y a pas de point d'eau dans la salle d'implantologie, les professionnels devant se laver les mains dans une salle de soin à proximité puis rejoindre la salle d'implantologie. Il n'y a pas non plus de SHA dans la salle, ni de sas d'accès progressif à la salle d'intervention permettant une asepsie progressive.

Le sol de la salle d'implantologie est revêtu de lino comme les autres salles de soins, avec des angles vifs au niveau des plinthes – il ne s'agit pas d'un revêtement thermoplastique avec des remontées en plinthes et gorge arrondie.

Le plafond est constitué de dalles, parfois non jointives, compromettant leur nettoyage – il est recommandé qu'elles comportent une finition de surface imperméable et lessivable. Il est fait le constat de traces d'humidité au plafond de la salle d'implantologie.

**Le centre de santé doit respecter les bonnes pratiques (Cf. Grille technique, Questions 16, 18).**

- Entretien des locaux

Lors des mises en situation, il est fait le constat d'une absence de pré-désinfection de la salle avant une opération chirurgicale invasive avec contact osseux.

Si le traitement spécifique de l'air n'est pas nécessaire pour réaliser des chirurgies implantaires, la maîtrise de la qualité de l'air impose le renouvellement d'air par l'ouverture des fenêtres avant chaque intervention – ce qui n'est pas possible dans le cas présent, la salle ne disposant pas de fenêtre ouvrable. A défaut, un système d'aération et de renouvellement d'air est nécessaire (centrale de traitement d'air = CTA). Il est constaté une absence de nettoyage de la VMC.

Aucune traçabilité du bionettoyage réalisé par la société de ménage dans la salle d'implantologie n'est disponible, ne permettant pas de s'assurer du mode opératoire spécifique à suivre pour les salles d'intervention chirurgicale.

**Le centre de santé doit respecter les bonnes pratiques (Cf. fiche CCLIN Sud-Ouest 2006 « Recommandations pour l'entretien des blocs opératoires »)**

- Salles de soins

- Absence de récupérateur d'amalgame dans les salles de soins

**Le centre de santé doit respecter les bonnes pratiques (Cf. Grille technique, Question 74).**

- Absence de lavabo à commande non manuelle

**Le centre de santé doit respecter les bonnes pratiques (Cf. Grille technique, Question 18).**

- Non-conformité des revêtements des surfaces (sols, murs, plan de travail) aux recommandations de bonnes pratiques

Le sol est en lino, parfois gondolé (salle de soin 5), questionnant sur sa non-porosité nécessaire pour assurer un bio-nettoyage efficace. Des dessins et des stickers sont affichés aux murs, pouvant affecter le lessivage des murs.

Un défaut de l'état de surface d'un plan de travail a été constaté dans la salle de soins 2, ce qui ne permet plus de garantir sur imperméabilité et pouvant impacter l'efficacité du nettoyage.

**Le centre de santé doit respecter les bonnes pratiques (Cf. Grille technique, Question 16).**

- Entretien des locaux

Il est fait le constat d'une propreté relative des salles de soins (coton au sol en salle 5, traces sur le sol, traces jaunes autour du trou d'évacuation dans un évier, trace jaune sur une radio, VMC non nettoyées).

Une peluche est accrochée sur le bras du scialytique dans la majorité des salles de soins, avec un risque de contamination aérienne, et un impact potentiel sur le nettoyage.

Aucune traçabilité du bionettoyage réalisé par la société de ménage dans les salles de soins n'est disponible, ne permettant pas de s'assurer du mode opératoire suivi ni de la fréquence de passage. Dans certaines salles de soins, il existe des fiches de suivi mais non remplies.

**Le centre de santé doit respecter les bonnes pratiques (Cf. référentiel d'évaluation des centres de santé de la HAS – critère 7b, Grille technique, Question 21).**

- Absence de protection des claviers d'ordinateurs dans les salles de soins

**Le centre de santé doit respecter les bonnes pratiques (Cf. Grille technique, Questions 22 et 23).**



**DÉCISION D'EXTENSION DE LA CAPACITÉ DE L'ÉTABLISSEMENT ET SERVICE D'AIDE PAR LE TRAVAIL (ESAT) « DES TERRES D'OPALE » SITUÉ À CALAIS PAR TRANSFERT DE PLACES DE L'ÉTABLISSEMENT ET SERVICE D'AIDE PAR LE TRAVAIL (ESAT) « LES ATELIERS DU HAUT VINAGE » SITUÉ À LYS-LEZ-LANNOY, GÉRÉS PAR L'APF FRANCE HANDICAP**

**LE DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ HAUTS-DE-FRANCE**

Vu le code de l'action sociale et des familles, et notamment ses articles L.312-1, L.313-1 et suivants, D.312-0-1 à D.312-0-3 ;

Vu l'ordonnance n°2015-1620 du 10 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé et les unions régionales de professionnels de santé à la nouvelle délimitation des régions ;

Vu le décret n°2015-1650 du 11 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé à la nouvelle délimitation des régions et prorogeant le mandat des unions régionales de professionnels de santé regroupant les infirmiers ;

Vu le décret du 2 novembre 2022 portant nomination du directeur général de l'agence régionale de santé des Hauts-de-France – M. Gilardi (Hugo) ;

Vu l'arrêté de la directrice générale de l'agence régionale de santé Hauts-de-France du 5 juillet 2018 portant adoption du projet régional de santé de la région Hauts-de-France 2018-2028 ;

Vu la décision du directeur général de l'agence régionale de santé Hauts-de-France du 23 octobre 2025 portant délégations de signature du directeur général de l'agence régionale de santé Hauts-de-France ;

Vu la décision du 21 mars 2019 portant transfert géographique de la section hors les murs de l'Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) « Les Ateliers du Haut-Vinage », géré par l'APF France handicap et dont la capacité est de 72 places ;

Vu la décision en date du 18 avril 2019 portant modification de l'article 2 de la décision du 21 mars 2019 portant transfert géographique de la section hors les murs de l'Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) « Les Ateliers du Haut-Vinage », géré par l'APF France handicap ;

Vu la décision en date du 28 février 2025 de transformation de l'offre de l'Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) « Les Terres d'Opale » situé à Calais et géré par APF France Handicap portant la capacité à 58 places dont 7 hors les murs ;

Vu le courrier du 8 juillet 2025 de l'APF France Handicap informant du changement de localisation de l'ESAT des Terres d'Opale situé à Calais vers Coquelles ;

Vu la demande du 10 septembre 2025 de l'APF France Handicap de transférer la gestion des 10 places hors les murs situées à Arras de l'ESAT Les Ateliers du Haut Vinage de Lys-lez-Lannoy à l'ESAT des Terres d'Opale de Calais ;

Considérant que le projet satisfait aux règles d'organisation et de fonctionnement prévues par le CASF et prévoit les démarches d'évaluation et les systèmes d'information respectivement prévus aux articles L.312-8 et L.312-9 du CASF ;

Considérant que le projet s'effectue à coût constant et qu'il ne nécessite pas la mobilisation de financement complémentaire ;

## **DECIDE**

**Article 1** – L'ESAT « des Terres d'Opale », géré par l'APF France Handicap se situe désormais au 412 rue Paquette à COQUELLES (62231).

**Article 2** – L'ESAT « des Terres d'Opale » situé à Coquelles est autorisé à étendre sa capacité de 10 places « hors les murs » par transfert des 10 places « hors les murs » situées à Arras de l'ESAT « Les Ateliers du Haut-Vinage », situé à Lys-lez-Lannoy, gérés par l'APF France Handicap.

La capacité de l'établissement « des Terres d'Opale » est ainsi portée de 58 places à 68 places dont 17 places « hors les murs » : 7 sur le site de Saint-Omer et 10 sur le site d'Arras.

Les bénéficiaires sont des adultes présentant tout type de handicap.

La capacité de l'établissement « Les Ateliers du Haut-Vinage » est ainsi porté de 72 à 62 places.

Les bénéficiaires sont des adultes présentant tout type de handicap.

**Article 3** – Cette opération sera enregistrée au Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux (FINESS) :

Numéro de l'entité juridique (EJ) : 750719239

Numéro de l'établissement (ET) principal (Coquelles) : 620105148

Numéro de l'établissement (ET) secondaire (Saint-Omer) : 620038463

Numéro de l'établissement (ET) secondaire (Arras) : 620028977

Numéro de l'établissement (ET) principal (Lys-lez-Lannoy) : 590788295

**Article 4** – La mise en œuvre de la présente autorisation est subordonnée à la transmission d'une déclaration sur l'honneur attestant de la conformité de l'établissement aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement.

**Article 5** – Tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement du service, par rapport aux caractéristiques prises en considération pour son autorisation, devra être porté à la connaissance de l'autorité compétente, conformément à l'article L.313-1 du code de l'action sociale et des familles. En vertu de ce même article, l'autorisation ne peut être cédée sans l'accord de l'autorité compétente qui l'a délivrée.

**Article 6** – La présente décision est susceptible de faire l'objet d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa publication ou de sa notification.

**Article 7** – La présente décision sera notifiée sous pli recommandé avec demande d'avis de réception au représentant légal de l'APF France Handicap – 17 boulevard Auguste Blanqui – 75013 Paris.

**Article 8** – le directeur de l'offre médico-sociale de l'ARS est chargé de l'exécution de la présente décision qui sera publiée au recueil des actes administratifs de la région Hauts-de-France et dont copie sera adressée à :

- Monsieur le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de la Côte d'Opale,
- Monsieur le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Artois,

- Monsieur le directeur de la maison départementale des personnes handicapées du Pas-de-Calais.

Fait à Lille, le 23 décembre 2025

**Pour le directeur général et par délégation,**



Le directeur de l'offre médico-sociale

**Charly CHEVALLEY**

**DÉCISION PORTANT EXTENSION DU DISPOSITIF INSTITUT THÉRAPEUTIQUE ÉDUCATIF ET PÉDAGOGIQUE (DITEP)  
« JEAN FERRAT » SITUÉ À LIÉVIN ET GÉRÉ PAR L'ASSOCIATION LA VIE ACTIVE**

**LE DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ HAUTS-DE-FRANCE**

Vu le code de l'action sociale et des familles (CASF), et notamment ses articles L.312-1, L.313-1 et suivants et R.313-9, D.312-0-1 à D.312-0-3, D.313-2, D.313-10 à D.313-14 ;

Vu l'ordonnance n°2015-1620 du 10 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé et les unions régionales de professionnels de santé à la nouvelle délimitation des régions ;

Vu le décret n°2015-1650 du 11 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé à la nouvelle délimitation des régions et prorogeant le mandat des unions régionales de professionnels de santé regroupant les infirmiers ;

Vu le décret du 2 novembre 2022 portant nomination du directeur général de l'agence régionale de santé des Hauts-de-France (ARS) – M. Gilardi (Hugo) ;

Vu l'arrêté du 5 juillet 2018 portant adoption du projet régional de santé de la région Hauts-de-France 2018-2028 ;

Vu la décision du directeur général de l'agence régionale de santé Hauts-de-France du 23 octobre 2025 portant délégations de signature du directeur général de l'agence régionale de santé Hauts-de-France ;

Vu la circulaire N° DGCS/3B/DSS/1A/CNSA/DFO/2023/176 du 7 décembre 2023 concernant la mise en œuvre du plan de création de 50 000 nouvelles solutions et de transformation de l'offre médico-sociale à destination des personnes en situation de handicap 2024-2030 ;

Vu la décision du 21 juin 2022 relative à la fusion de l'Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique (ITEP) et du Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD) « Jean Ferrat » situés à Liévin et gérés par l'association La Vie Active, portant la capacité autorisée à 90 places ;

Vu la demande d'extension de 7 places du DITEP, présentée par l'association La Vie Active et réceptionnée par l'ARS le 13 novembre 2025 ;

Considérant que ce projet s'inscrit dans le cadre du déploiement dans la région des Hauts de France du plan national de création de 50 000 nouvelles solutions et de transformation de l'offre médico-sociale à destination des personnes en situation de handicap 2024-2030 ;

Considérant que le projet présente un coût de fonctionnement en année pleine compatible avec le montant des dotations octroyées par la CNSA ;

Considérant que le projet est compatible avec les objectifs et besoins sociaux et médico-sociaux fixés par le Projet Régional de Santé 2018-2028 ;

Considérant que le projet satisfait aux règles d'organisation et de fonctionnement prévues par le CASF et qu'il prévoit les démarches d'évaluation ainsi que les systèmes d'information respectivement prévus aux articles L. 312-8 et L. 312-9 du CASF ;

Considérant que le projet d'extension constitue une extension non importante, dont l'autorisation ne nécessite pas la mise en œuvre de la procédure d'appel à projets mentionnée à l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles ;

## DECIDE

**Article 1** : L'association La Vie Active est autorisée à étendre la capacité du DITEP situé à Liévin par une extension de 7 places à compter de la date de la présente décision.

La capacité totale autorisée est ainsi portée de 90 places à 97 places, réparties comme suit :

- 31 places d'accueil de jour,
- 26 places d'internat,
- 40 places d'accompagnement en milieu ordinaire (SESSAD).

Les bénéficiaires sont des enfants et adolescents âgés de 0 à 20 ans présentant des difficultés psychologiques avec troubles du comportement.

**Article 2** : Cette opération sera enregistrée au Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux (FINESS)

- Numéro de l'entité juridique (EJ) : 620110650
- Numéro de l'établissement (ET) : 620025551

**Article 3** : En application de l'article L.313-5 du code de l'action sociale et des familles, la durée de validité de l'autorisation n'est pas modifiée.

**Article 4** : La mise en œuvre de la présente autorisation est subordonnée à la transmission d'une déclaration sur l'honneur attestant de la conformité du dispositif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement.

**Article 5** : Tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement du dispositif par rapport aux caractéristiques prises en considération pour son autorisation, devra être porté à la connaissance des autorités compétentes, conformément à l'article L 313-1 du CASF. En vertu de l'article L 313-1 du même Code, l'autorisation ne peut être cédée sans l'accord des autorités compétentes.

**Article 6** : La présente décision est susceptible de faire l'objet d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa publication ou de sa notification.

**Article 7** : La présente décision sera notifiée sous pli recommandé avec demande d'avis de réception au représentant légal de l'association La Vie Active- 4 rue Beffara – 62000 ARRAS.

**Article 8** : Le directeur de l'offre médico-sociale de l'ARS est chargé de l'exécution de la présente décision qui sera publiée au recueil des actes administratifs de la région Hauts-de-France et dont copie sera adressée à :

- Madame la directrice de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Artois,
- Monsieur le directeur de la maison départementale des personnes handicapées du Pas-de-Calais.

A Lille, le 16 décembre 2025

Pour le directeur général et par délégation,



Le directeur de l'offre médico-sociale  
Charly CHEVALLEY

**DECISION PORTANT EXTENSION DU SERVICE D'EDUCATION SPECIALE ET DE SOINS A DOMICILE  
(SESSAD) « COM L'ATREBATE » SITUE A ARRAS ET GERE PAR L'EPDAHAA**

**LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE HAUTS-DEFRANCE**

Vu le code de l'action sociale et des familles, et notamment ses articles L.312-1, L.313-1 à L.313-9, R.313-9, D.312-0-1 à D.312-0-3, D 312-166 à D 312-169, D.313-10 à D.313-14 ;

Vu l'ordonnance n°2015-1620 du 10 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé et les Unions régionales de professionnels de santé à la nouvelle délimitation des régions ;

Vu le décret n°2015-1650 du 11 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé à la nouvelle délimitation des régions et prorogeant le mandat des unions régionales de professionnels de santé regroupant les infirmiers ;

Vu le décret du 2 novembre 2022 portant nomination du directeur général de l'agence régionale de santé des Hauts-de-France (ARS) – M. Gilardi (Hugo) ;

Vu l'arrêté du 5 juillet 2018 portant adoption du projet régional de santé de la Région Hauts-de-France 2018-2028 ;

Vu la décision du directeur général de l'agence régionale de santé Hauts-de-France du 10 décembre 2025 portant délégations de signature du directeur général de l'agence régionale de santé Hauts-de-France ;

Vu la décision du 23 septembre 2024 relative à l'extension du Service d'Education Spéciale et de Soins à domicile (SESSAD) « Com l'Atrebate » situé à Arras, géré par l'EPDAHAA, et établissant la capacité totale à 46 places ;

Vu la décision du 31 décembre 2024 relative à la rectification d'erreur matérielle de la décision portant extension du Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD) « Com l'Atrebate » situé à Arras et géré par l'EPDAHAA ;

Vu la circulaire N° DGCS/3B/DSS/1A/CNSA/DFO/2023/176 du 7 décembre 2023 concernant la mise en œuvre du plan de création de 50 000 nouvelles solutions et de transformation de l'offre médico-sociale à destination des personnes en situation de handicap 2024-2030 ;

Vu la demande d'extension de 6 places déposée le 25 novembre 2025 et complétée le 3 décembre 2025 et le 13 janvier 2026 par l'EPDAHAA ;

Considérant que le projet est compatible avec les objectifs et besoins sociaux et médico-sociaux fixés par le Projet Régional de Santé 2018-2028 ;

Considérant que le projet satisfait aux règles d'organisation et de fonctionnement prévues par le CASF et

prévoit les démarches d'évaluation et les systèmes d'information respectivement prévus aux articles L.312-8 et L.312-9 du CASF ;

Considérant que ce projet s'inscrit dans le cadre du déploiement dans la région des Hauts de France du plan national de création de 50 000 nouvelles solutions et de transformation de l'offre médico-sociale à destination des personnes en situation de handicap 2024-2030 ;

Considérant que le projet présente un coût de fonctionnement en année pleine compatible avec le montant des dotations octroyées par la CNSA ;

Considérant que le projet constitue une extension non importante, dont l'autorisation ne nécessite pas la mise en œuvre de la procédure d'appel à projets mentionnée à l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles ;

## DECIDE

**Article 1 :** L'EPDAHAA est autorisé à étendre la capacité du SESSAD « Com l'Atrébate » situé à Arras, par une extension de 6 places à compter de la date de la présente décision.

La capacité totale autorisée est ainsi portée de 46 places à 52 places réparties ainsi :

- 40 places pour enfants et adolescents âgés de 0 à 20 ans présentant une déficience intellectuelle,
- 6 places pour enfants et adolescents âgés de 0 à 20 ans, présentant tout type de handicap,
- 6 places pour enfants et adolescents âgés de 0 à 20 ans, présentant des troubles du spectre de l'autisme.

**Article 2 :** Cette opération sera enregistrée au Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux (FINESS):

- Numéro de l'entité juridique (EJ) : 620031039
- Numéro de l'établissement (ET) principal : 620009308 (site d'Arras)
- Numéro de l'établissement (ET) secondaire : 620038265 (site de Riencourt-lès-Bapaume)

**Article 3 :** En application de l'article L.313-5 du code de l'action sociale et des familles, la durée de validité de l'autorisation n'est pas prolongée.

**Article 4 :** La mise en œuvre de la présente autorisation est subordonnée à la transmission d'une déclaration sur l'honneur attestant de la conformité de la structure aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement.

**Article 5 :** En application de l'article D.313-7-2 du code de l'action sociale et des familles, cette autorisation est réputée caduque en l'absence d'ouverture au public dans un délai d'un an suivant la notification de la présente décision d'autorisation.

**Article 6 :** Tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement de la structure, par rapport aux caractéristiques prises en considération pour son autorisation, devra être porté à la connaissance de l'autorité compétente, conformément à l'article L.313-1 du code de l'action sociale et des familles. En vertu de l'article L.313-1 du code de l'action sociale et des familles, l'autorisation ne peut être cédée sans l'accord de l'autorité compétente.

**Article 7 :** La présente décision est susceptible de faire l'objet d'un recours contentieux auprès du

tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa publication ou de sa notification.

**Article 8 :** La présente décision sera notifiée sous pli recommandé avec demande d'avis de réception au représentant légal de l'EPDAHAA – 1 rue de l'Abbé Halluin, 62000 Arras.

**Article 9 :** Le directeur de l'offre médico-sociale de l'ARS Hauts-de-France est chargé de l'exécution de la présente décision qui sera publiée au recueil des actes administratifs de la région Hauts-de-France et dont copie sera adressée à :

- Monsieur le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Artois,
- Monsieur le directeur de la maison départementale des personnes handicapées du Pas-de-Calais.

A Lille, le 14 janvier 2026

Pour le directeur général et par délégation,



Le directeur de l'offre médico-sociale

Charly CHEVALLEY

**DECISION PORTANT EXTENSION DU SERVICE D'EDUCATION SPECIALE ET DE SOINS A DOMICILE (SESSAD) « DU LITTORAL » SITUE A RANG-DU-FLIERS ET GERE PAR L'EPDAHAA**

**LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE HAUTS-DEFRANCE**

Vu le code de l'action sociale et des familles, et notamment ses articles L.312-1, L.313-1 à L.313-9, R.313-9, D.312-0-1 à D.312-0-3, D 312-166 à D 312-169, D.313-10 à D.313-14 ;

Vu l'ordonnance n°2015-1620 du 10 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé et les Unions régionales de professionnels de santé à la nouvelle délimitation des régions ;

Vu le décret n°2015-1650 du 11 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé à la nouvelle délimitation des régions et prorogeant le mandat des unions régionales de professionnels de santé regroupant les infirmiers ;

Vu le décret n° 2017-982 du 9 mai 2017 relatif à la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques ;

Vu le décret du 2 novembre 2022 portant nomination du directeur général de l'agence régionale de santé des Hauts-de-France (ARS) – M. Gilardi (Hugo) ;

Vu l'arrêté du 5 juillet 2018 portant adoption du projet régional de santé de la Région Hauts-de-France 2018-2028 ;

Vu la décision du directeur général de l'agence régionale de santé Hauts-de-France du 10 décembre 2025 portant délégations de signature du directeur général de l'agence régionale de santé Hauts-de-France ;

Vu la décision du 15 juin 2017 relative à la transformation de places de l'Institut médico Educatif (IME) en Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD) à Outreau, géré par l'EPDAHAA et portant la capacité du SESSAD à 12 places ;

Vu la décision du 14 septembre 2018 relative à l'extension de capacité du Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD) Littoral à Rang-du-Fliers, géré par l'EPDAHAA et portant la capacité à 22 places ;

Vu la circulaire N° DGCS/3B/DSS/1A/CNSA/DFO/2023/176 du 7 décembre 2023 concernant la mise en œuvre du plan de création de 50 000 nouvelles solutions et de transformation de l'offre médico-sociale à destination des personnes en situation de handicap 2024-2030 ;

Vu la demande d'extension de 6 places pour enfants et adolescents âgés de 0 à 20 ans, présentant tout type de handicap, déposée le 5 novembre 2025 et complétée le 30 novembre 2025 et le 17 décembre 2025, dans le cadre du plan de création des 50 000 nouvelles solutions, par l'EPDAHAA ;

Considérant que ce projet est compatible avec les objectifs et besoins sociaux et médico-sociaux fixés par le Projet Régional de Santé 2018-2028 ;

Considérant que ce projet satisfait aux règles d'organisation et de fonctionnement prévues par le CASF et qu'il prévoit les démarches d'évaluation ainsi que les systèmes d'information respectivement prévus

aux articles L.312-8 et L.312-9 du CASF ;

Considérant que ce projet s'inscrit dans le cadre du déploiement dans la région des Hauts de France du plan national de création de 50 000 nouvelles solutions et de transformation de l'offre médico-sociale à destination des personnes en situation de handicap 2024-2030 ;

Considérant que le projet présente un coût de fonctionnement en année pleine compatible avec le montant des dotations octroyées par la CNSA ;

Considérant que le projet d'extension portant sur une augmentation de plus de 30 % de la capacité initiale constitue une opération dépassant le seuil prévu par l'article D.313-2 du code de l'action sociale et des familles et nécessitant en conséquence la mise en œuvre d'un appel à projets en application du droit commun ;

Considérant qu'en application des dispositions du V de l'article D.313-2 du code de l'action sociale et des familles, il peut être dérogé aux seuils prévus aux I à IV et appliqué un seuil plus élevé que celui résultant de ces dispositions lorsqu'un motif d'intérêt général le justifie et pour tenir compte des circonstances locales et à la condition que la dérogation n'ait pas pour effet de retenir un seuil dépassant 100 % d'augmentation de la capacité autorisée ou 100 % d'augmentation des produits de la tarification ;

Considérant que la capacité retenue pour le calcul de l'extension est de 12 places ;

Considérant que l'extension n'a pas pour effet d'augmenter la capacité autorisée de plus de 100 % ;

Considérant que ce projet permet de mettre en œuvre rapidement des solutions d'accompagnement favorisant l'inclusion en milieu ordinaire ;

Considérant que ce projet cible une zone en tensions ;

Considérant que ce projet permet de prévenir les ruptures de parcours et/ou l'orientation en établissement médico-social belge en proposant une solution de prise en charge adéquate ;

Considérant que ce projet s'inscrit dans les orientations stratégiques du schéma régional de santé 2023-2028 de l'ARS Hauts de France et notamment dans l'objectif général « promouvoir des parcours de vie sans rupture et l'inclusion des personnes en situation de handicap » ;

Considérant que cette extension de 6 places de la capacité du service remplit les conditions de dérogation aux seuils prévus à l'article D.313-2 du code de l'action sociale et des familles : liste d'attente de demandes conséquente, capacité du porteur à répondre rapidement aux besoins ;

Considérant qu'au regard de ces éléments, il est dérogé à l'application des seuils fixés à l'article D.313-2 du code de l'action sociale et des familles ;

Considérant l'instruction n° DREES/DMSI/DGCS/2018/155 du 27 juin 2018 relative à la mise en œuvre dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) de la nouvelle nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques ;

Considérant que dans le cadre de la réforme initiée par décret du 9 mai 2017 susvisé, il convient d'actualiser l'autorisation au regard des nouvelles nomenclatures ;

## DECIDE

**Article 1 :** L'EPDAHAA est autorisé à modifier la capacité du SESSAD « du Littoral » situé à Rang-du-Fliers, par une extension de 6 places de l'antenne d'Outreau à compter de la date de la présente décision. L'EPDAHAA est autorisé à modifier le type de handicap des personnes accueillies au SESSAD du Littoral.

La capacité totale autorisée est ainsi portée de 22 à 28 places pour enfants et adolescents âgés de 0 à 20 ans, présentant tout type de handicap :

- 12 places sur le site de Rang-du-Fliers
- 8 places sur le site d'Outreau
- 8 places sur le site d'Etaples

**Article 2 :** Cette opération sera enregistrée au Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux (FINESS):

- Numéro de l'entité juridique (EJ) : 620031039
- Numéro de l'établissement principal (ET) Rang-du-Fliers : 620033100
- Numéro de l'établissement secondaire (ET) Outreau : à créer
- Numéro de l'établissement secondaire (ET) Etaples : à créer

**Article 3 :** En application de l'article L.313-5 du code de l'action sociale et des familles, la durée de validité de l'autorisation n'est pas prolongée.

**Article 4 :** La mise en œuvre de la présente autorisation est subordonnée à la transmission d'une déclaration sur l'honneur attestant de la conformité de la structure aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement.

**Article 5 :** En application de l'article D.313-7-2 du code de l'action sociale et des familles, cette autorisation est réputée caduque en l'absence d'ouverture au public dans un délai d'un an suivant la notification de la présente décision d'autorisation.

**Article 6 :** Tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement du service par rapport aux caractéristiques prises en considération pour son autorisation, devra être porté à la connaissance de l'autorité compétente, conformément à l'article L.313-1 du code de l'action sociale et des familles. En vertu de l'article L.313-1 du code de l'action sociale et des familles, l'autorisation ne peut être cédée sans l'accord de l'autorité compétente.

**Article 7 :** La présente décision est susceptible de faire l'objet d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa publication ou de sa notification.

**Article 8 :** La présente décision sera notifiée sous pli recommandé avec demande d'avis de réception au représentant légal de l'EPDAHAA-1 rue l'Abbé Halluin- 62000 ARRAS.

**Article 9 :** Le directeur de l'offre médico-sociale de l'ARS Hauts-de-France est chargé de l'exécution de la présente décision qui sera publiée au recueil des actes administratifs de la région Hauts-de-France et dont copie sera adressée à :

- Madame la directrice de la caisse primaire d'assurance maladie de la Côte d'Opale,
- Monsieur le directeur de la maison départementale des personnes handicapées du Pas-de-Calais.

A Lille, le 13 janvier 2026

Pour le directeur général et par délégation,



Le directeur de l'offre médico-sociale

Charly CHEVALLEY

**DECISION PORTANT EXTENSION DU SERVICE D'EDUCATION SPECIALE ET DE SOINS A DOMICILE  
(SESSAD) « L'ELAN » SITUE A LIEVIN ET GERE PAR L'EPDAHAA**

**LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE HAUTS-DEFRANCE**

Vu le code de l'action sociale et des familles, et notamment ses articles L.312-1, L.313-1 à L.313-9, R.313-9, D.312-0-1 à D.312-0-3, D 312-166 à D 312-169, D.313-10 à D.313-14 ;

Vu l'ordonnance n°2015-1620 du 10 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé et les Unions régionales de professionnels de santé à la nouvelle délimitation des régions ;

Vu le décret n°2015-1650 du 11 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé à la nouvelle délimitation des régions et prorogeant le mandat des unions régionales de professionnels de santé regroupant les infirmiers ;

Vu le décret du 2 novembre 2022 portant nomination du directeur général de l'agence régionale de santé des Hauts-de-France (ARS) – M. Gilardi (Hugo) ;

Vu l'arrêté du 5 juillet 2018 portant adoption du projet régional de santé de la Région Hauts-de-France 2018-2028 ;

Vu la décision du directeur général de l'agence régionale de santé Hauts-de-France du 10 décembre 2025 portant délégations de signature du directeur général de l'agence régionale de santé Hauts-de-France ;

Vu la décision du 7 mars 2025 portant extension du service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD) « L'Elan » situé à Liévin, géré par l'EPDAHAA, et établissant la capacité totale à 156 places ;

Vu la circulaire N° DGCS/3B/DSS/1A/CNSA/DFO/2023/176 du 7 décembre 2023 concernant la mise en œuvre du plan de création de 50 000 nouvelles solutions et de transformation de l'offre médico-sociale à destination des personnes en situation de handicap 2024-2030 ;

Vu le transfert du site de Lens vers Avion en date du 4 juillet 2022 ;

Vu la demande d'extension de 6 places du site d'Avion, déposée le 14 novembre 2024 et complétée le 5 décembre 2025 par l'EPDAHAA ;

Vu la demande d'extension de 6 places du site de Calais, déposée le 30 novembre 2025 par l'EPDAHAA ;

Considérant que ces demandes sont compatibles avec les objectifs et besoins sociaux et médico-sociaux fixés par le Projet Régional de Santé 2018-2028 ;

Considérant qu'elles satisfont aux règles d'organisation et de fonctionnement prévues par le CASF et qu'ils prévoient les démarches d'évaluation ainsi que les systèmes d'information respectivement prévus aux articles L.312-8 et L.312-9 du CASF ;

Considérant que ces demandes s'inscrivent dans le cadre du déploiement dans la région des Hauts de France du plan national de création de 50 000 nouvelles solutions et de transformation de l'offre médico-sociale à destination des personnes en situation de handicap 2024-2030 ;

Considérant que les projets proposés ont un coût de fonctionnement en année pleine compatible avec le montant des dotations octroyées par la CNSA ;

Considérant que l'EPDAHAA est en mesure de mettre en œuvre rapidement les solutions d'accompagnement favorisant l'inclusion en milieu ordinaire proposées, et ainsi, de prévenir les ruptures de parcours ou l'orientation en établissement médico-social belge en proposant des solutions de prise en charge adéquate ;

Considérant que les projets proposés s'inscrivent en cohérence avec les objectifs de la stratégie régionale visant à répondre prioritairement aux besoins des personnes vivant au sein des territoires les plus en tensions ;

Considérant que les demandes consistent en des extensions non importantes dont l'autorisation ne nécessite pas la mise en œuvre de la procédure d'appel à projets mentionnée à l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles ;

## **DECIDE**

**Article 1 :** L'EPDAHAA est autorisé à étendre la capacité du SESSAD « L'Elan » situé à Liévin par une extension de 12 places, dont 6 places sur le site d'Avion et 6 places sur le site de Calais, à compter de la date de la présente décision.

La capacité totale autorisée est ainsi portée de 156 places à 168 places pour des enfants et adolescents de 0 à 20 ans, et se décompose comme suit :

-Site de Liévin : 40 places pour enfants ou adolescents présentant une déficience intellectuelle,

-Site de Bully les Mines : 24 places pour enfants ou adolescents présentant une déficience intellectuelle, dont 8 places réservées pour la préparation à la vie professionnelle,

-Site d'Avion :

- 40 places pour enfants ou adolescents présentant une déficience intellectuelle,
- 6 places pour enfants et adolescents présentant tout type de handicap,

-Site de Calais : 12 places pour enfants ou adolescents présentant tout type de handicap,

-Site d'Hénin-Beaumont :

- 40 places pour enfants ou adolescents présentant une déficience intellectuelle, dont 15 places réservées pour la préparation à la vie professionnelle,
- 6 places pour enfants ou adolescents présentant tout type de handicap.

**Article 2 :** Cette opération sera enregistrée au Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux (FINESS):

- Numéro de l'entité juridique (EJ) : 620031039
- Numéro de l'établissement principal (ET) : 620019463 (Liévin)
- Numéro de l'établissement (ET) : 620034306 (antenne Bully les Mines)
- Numéro de l'établissement (ET) : 620030676 (antenne Hénin Beaumont)
- Numéro de l'établissement (ET) : 620035006 (antenne Avion)
- Numéro de l'établissement (ET) : 620038315 (antenne Calais)

**Article 3 :** En application de l'article L.313-5 du code de l'action sociale et des familles, la durée de validité de l'autorisation n'est pas prolongée.

**Article 4 :** La mise en œuvre de la présente autorisation est subordonnée à la transmission d'une déclaration sur l'honneur attestant de la conformité du service aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement.

**Article 5 :** En application de l'article D.313-7-2 du code de l'action sociale et des familles, cette autorisation est réputée caduque en l'absence d'ouverture au public dans un délai d'un an suivant la notification de la présente décision d'autorisation.

**Article 6 :** Tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement de la structure par rapport aux caractéristiques prises en considération pour son autorisation devra être porté à la connaissance de l'autorité compétente, conformément à l'article L.313-1 du code de l'action sociale et des familles. En vertu de l'article L.313-1 du code de l'action sociale et des familles, l'autorisation ne peut être cédée sans l'accord de l'autorité compétente.

**Article 7 :** La présente décision est susceptible de faire l'objet d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa publication ou de sa notification.

**Article 8 :** La présente décision sera notifiée sous pli recommandé avec demande d'avis de réception au représentant légal de l'EPDAHAA – 1 rue de l'Abbé Halluin, 62000 Arras.

**Article 9 :** Le directeur de l'offre médico-sociale de l'ARS Hauts-de-France est chargé de l'exécution de la présente décision qui sera publiée au recueil des actes administratifs de la région Hauts-de-France et dont copie sera adressée à :

- Monsieur le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Artois,
- Monsieur le directeur de la maison départementale des personnes handicapées du Pas-de-Calais.

A Lille, le 13 janvier 2026

Pour le directeur général et par délégation,



Le directeur de l'offre médico-sociale  
Charly CHEVALLEY

DECISION TARIFAIRE N°151 PORTANT FIXATION  
DU PRIX DE JOURNEE GLOBALISE POUR 2026 DE  
MAS LES ROSES D'OR - CREIL - 600014013

Le Directeur Général de l'ARS Hauts-de-France

- VU le Code de l'Action Sociale et des Familles ;
- VU le Code de la Sécurité Sociale ;
- VU la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la Sécurité Sociale pour 2026 publiée au Journal Officiel du 28/02/2025 ;
- VU l'arrêté ministériel du 02/06/2025 publié au Journal Officiel du 06/06/2025 pris en application de l'article L314-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles fixant, pour l'année 2026 l'objectif global de dépenses d'assurance maladie et le montant total de dépenses pour les établissements et services relevant de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ;
- VU la décision du 19/11/2025 publiée au Journal Officiel du 26/11/2025 relative aux dotations régionales limitatives 2026 et à la moyenne nationale des besoins en soins requis 2026 ;
- VU le décret du 2 novembre 2022 portant nomination de Monsieur GILARDI Hugo en qualité de Directeur Général de l'agence régionale de santé Hauts-de-France ;
- VU la décision de délégation de signature du Directeur Général de l'ARS vers le Directeur de l'offre médico-sociale en date du 10/12/2025 ;
- VU l'autorisation ou le renouvellement d'autorisation en date du 16/05/2017 de la structure Maison d'Accueil Spécialisée (M.A.S.) dénommée MAS LES ROSES D'OR - CREIL (600014013) sise 59 R DU PLESSIS POMMERAYE 60100 Creil et gérée par l'entité dénommée ASSOCIATION COALLIA (750825846);

Considérant l'absence de réponse de la structure ;

**DECIDE**

Article 1<sup>er</sup> A compter du 01/01/2026, au titre de 2026, la dotation globalisée est fixée à 2 922 270,88 dont 0,00 de crédits non reconductibles versés en une seule fois.

Pour 2026, la fraction forfaitaire mensuelle s'établit à 243 522,57 €. Soit un prix de journée globalisé de 179,47 €.

Article 2 A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2027, en application de l'article L.314-7 du CASF, les tarifs de reconduction sont fixés, à titre transitoire, à:

- dotation globalisée 2027: 4 257 198,88 € (douzième applicable s'élevant à 354 766,57 €)
- prix de journée de reconduction de 261,45 €

Article 3 Les recours contentieux dirigés contre la présente décision doivent être portés devant le tribunal administratif territorialement compétent tel que prévu par l'article R. 312-10-1 du Code de justice administrative dans un délai de deux mois à compter de sa publication ou, pour les personnes auxquelles elle sera notifiée, à compter de sa notification. Le

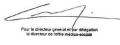
tribunal administratif peut être saisi par l'application « Télérecours citoyens » accessible par le site [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr).

Article 4 La présente décision sera publiée au recueil des actes administratifs.

Article 5 Le Directeur Général de l'ARS Hauts-de-France est chargé de l'exécution de la présente décision qui sera notifiée à l'entité gestionnaire ASSOCIATION COALLIA (750825846) et à l'établissement concerné.

Fait à Lille, le 16 janvier 2026

Le Directeur de l'offre médico-sociale

Charly CHEVALLEY

<small>Plus le Directeur général de l'ARS Hauts-de-France</small>
<small>Charly CHEVALLEY</small>
ORDONNATEUR