

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé  
environnementale  
Sous-direction inspection-contrôle  
Mission n° 2024-HDF-00319



Lille, le

Le directeur général de l'agence  
régionale de santé

à

Madame Christine DEHOUX  
Directrice Centre Hospitalier  
d'Hirson  
40, rue aux Loups  
02500 HIRSON

### **LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION**

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Résidence Brisset sis 40 rue aux Loups sis 40 rue aux Loups à Hirson (02500) initié le 16 avril 2024.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Résidence Brisset sis 40 rue aux Loups à Hirson (02500) a fait l'objet d'un contrôle sur pièces en application des articles L. 313-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles (CASF). Ce contrôle a été initié le 16 avril 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 30 septembre 2024.

Par courrier reçu le 25 octobre 2024, vous avez présenté vos observations concernant les mesures correctives envisagées.

Au regard des éléments transmis, la mission de contrôle n'a pas apporté de modification au rapport. En conséquence, vous trouverez ci-joint les décisions finales, qui closent la procédure contradictoire.

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

Le contrôle de leur mise en œuvre sera assuré, à l'ARS, par l'unité de contrôle sur pièces – sous-direction inspection contrôle, de la direction de sécurité sanitaire et santé environnementale. Ainsi, vous voudrez bien transmettre par courriel à [ARS-HDF-](mailto:ARS-HDF-)

[CP@ars.sante.fr](mailto:CP@ars.sante.fr), **dans le respect des échéances fixées**, les documents demandés ainsi que le tableau des décisions finales complété par les délais de mise en œuvre effective des actions prévues.

Les présentes décisions peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification.



Pour le Directeur général  
de l'ARS Hauts-de-France  
et par délégation  
Le Directeur général adjoint  
Jean-Christophe CANLER

Pièce(s) jointe(s) :

- le tableau listant les mesures correctives à mettre en œuvre.

### Mesures correctives à mettre en œuvre

#### Contrôle sur pièces de l'EHPAD Résidence Brisset à HIRSON (02500) initié le 16 avril 2024.

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E6	<p>Au jour du contrôle, des tâches spécifiquement relatives à l'exercice de l'activité d'aide-soignant, telles que définies dans le référentiel métier de l'annexe 1 de l'Arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, sont réalisées par des agents de soins ; ces glissements de tâches contreviennent aux dispositions de l'article 1 dudit arrêté selon lesquelles le diplôme d'État d'aide-soignant est requis pour exercer une activité d'aide-soignant sous la responsabilité d'un IDE.</p>	<p><b>Prescription 1 :</b> Indiquer les moyens que la direction de l'établissement entend mobiliser pour remédier aux glissements de tâches, et prévoir quotidiennement les effectifs suffisants en nombre et en qualification afin de garantir la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents, et le respect de leurs rythmes de vie, conformément aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.</p>	Dès réception du rapport	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
<b>E8</b>	L'insuffisance des effectifs présents par poste horaire, en termes de nombre et de qualification des agents, ne permet pas d'assurer une prise en charge et un accompagnement de qualité, ce qui ne respecte pas les modalités de l'article L. 311-3, 1° du CASF.			
<b>E5</b>	En l'absence de vérification à l'embauche du diplôme et de l'extrait de casier judiciaire national, puis de vérification régulière de l'extrait de casier judiciaire, l'établissement ne satisfait pas aux dispositions de l'article L. 133-6 du CASF et n'est pas en capacité de vérifier les aptitudes du personnel à exercer auprès de personnes vulnérables.	<b>Prescription 2 :</b> Renouveler régulièrement les extraits de casier judiciaire comme le précise l'article L. 133-6 du CASF.	<b>Dès réception du rapport</b>	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
<b>E7</b>	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, de médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D. 312-155-0 du CASF.	<b>Prescription 3 :</b> Indiquer les moyens que la direction de l'établissement entend mobiliser pour remédier à cette situation et être conforme à la réglementation.	<b>Dès réception du rapport</b>	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
<b>E2</b>	En ne réunissant pas systématiquement le CVS trois fois par an, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article D. 311-16 du CASF.	<b>Prescription 4 :</b> Mettre à jour les outils de loi 2002-2 conformément aux réglementations associées : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réunir le CVS 3 fois par an ;</li> <li>- Formaliser un projet d'établissement et un projet de soins associé ;</li> <li>- Réviser le règlement de fonctionnement ;</li> <li>- Mettre à jour le contrat de séjour.</li> </ul>	<b>6 mois</b>	
<b>E3</b>	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un projet d'établissement en cours de validité ce qui est contraire à l'article L. 311-8 du CASF.			
<b>E4</b>	En l'absence de certaines mentions réglementaires, le règlement de fonctionnement n'est pas conforme aux articles R. 311-35 et 37 du CASF.			
<b>E9</b>	En ne disposant pas d'un projet général de soins en vigueur, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.			
<b>E11</b>	Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions de l'article L. 311-4 et L. 311-4-1 du CASF.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
<b>E1</b>	La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée et active contrairement à l'article D. 312-158, 3° du CASF.	<b>Prescription 5 :</b> Constituer la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158, 3° du CASF.	<b>3 mois</b>	
<b>E10</b>	Le rapport annuel d'activité médicale n'est pas rédigé contrairement aux dispositions des articles D. 312-158 et D. 312-155-3 du CASF.	<b>Prescription 6 :</b> Etablir un rapport annuel d'activité médicale conforme aux dispositions des articles D. 312-155-3, alinéa 9 et D. 312-158, alinéa 10 du CASF.	<b>3 mois</b>	
<b>R3</b>	La procédure de déclaration externe des événements indésirables et événements indésirables graves liés aux soins manque de précision, notamment sur les coordonnées de la plateforme de signalement des EIG et EIGS mentionnée sur le site de l'ARS ainsi que les modalités de suivi et de traitement des EIG / EIGS.	<b>Prescription 7 :</b> Réviser la procédure de déclaration externe des événements indésirables et événements indésirables graves liés aux soins en y intégrant les coordonnées de la plateforme de signalement des EIG et EIGS mentionnée sur le site de l'ARS ainsi que les modalités de suivi et de traitement des EIG / EIGS.	<b>1 mois</b>	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
<b>R9</b>	Dans le cadre de la démarche d'amélioration de la qualité, les études sur les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade ne sont pas réalisées.	<b>Recommandation 1 :</b> Etudier les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière afin de s'assurer que ces délais sont corrects.	<b>1 mois</b>	
<b>R11</b>	Les transmissions effectuées au sein de l'EHPAD ne sont pas toutes ciblées.	<b>Recommandation 2 :</b> Former l'ensemble du personnel aux transmissions ciblées et les mettre en œuvre.	<b>5 mois</b>	
<b>R12</b>	L'ensemble des professionnels n'est pas formé et sensibilisé aux transmissions ciblées.			
<b>R13</b>	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux troubles du comportement, aux changes et à la prévention de l'incontinence.	<b>Recommandation 3 :</b> Formaliser des protocoles relatifs aux troubles du comportement, aux changes et à la prévention de l'incontinence.	<b>2 mois</b>	



Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
<b>R6</b>	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé en 2020, 2021 et 2022 sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	<b>Recommandation 4 :</b> Étudier les causes des taux élevés de turnover et d'absentéisme des équipes soignantes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	<b>6 mois</b>	
<b>R7</b>	L'établissement a précisé un taux de turnover des équipes élevé en 2020, 2021 et 2022 sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.			
<b>R5</b>	Le médecin coordonnateur ne dispose pas d'une fiche poste précisant les missions qui lui sont confiées et relatives à l'article D. 312-158 du CASF.	<b>Recommandation 5 :</b> Formaliser une fiche de poste pour le médecin coordonnateur précisant les missions qui lui sont confiées et relatives à l'article D. 312-158 du CASF.	<b>1 mois</b>	
<b>R2</b>	L'établissement n'a pas transmis à la mission de contrôle les modalités d'intérim en l'absence du directeur.	<b>Recommandation 6 :</b> Formaliser et transmettre à la mission de contrôle les modalités d'intérim en l'absence du directeur.	<b>1 mois</b>	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
<b>R10</b>	L'établissement n'a pas précisé à la mission de contrôle les modalités d'organisation des transmissions orales.	<b>Recommandation 7 :</b> Transmettre à la mission de contrôle les modalités d'organisation des transmissions orales.	<b>1 mois</b>	
<b>R4</b>	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'accueil du nouvel arrivant.	<b>Recommandation 8 :</b> Formaliser et transmettre une procédure d'accueil du nouvel arrivant.	<b>1 mois</b>	
<b>R1</b>	L'établissement ne dispose pas d'organigramme spécifique aux activités médico-sociales.	<b>Recommandation 9 :</b> Formaliser et transmettre un organigramme spécifique aux activités médico-sociales de l'établissement, daté et signé.	<b>1 mois</b>	
<b>R8</b>	La procédure d'admission est incomplète.	<b>Recommandation 10 :</b> Réviser et compléter la procédure d'admission.	<b>1 mois</b>	