

Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024-HDF-00290



LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Gabrielle Hielle sis 4 avenue du Général Leclerc à HUBY-SAINT-LEU (62461) 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 10 juin 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 08 janvier 2025.

Par courrier reçu le 06 février 2025, vous avez présenté vos observations concernant les mesures correctives envisagées.

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

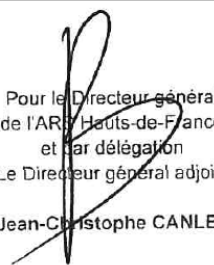
A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

Monsieur Matthias SAVIGNAC
Président du Conseil d'Administration
MGEN Action Sanitaire et Sociale
3, square Max Hymans
75748 PARIS cedex 15

Le contrôle de leur mise en œuvre sera assuré, à l'ARS, par l'unité de contrôle sur pièces – sous-direction inspection contrôle, de la direction de sécurité sanitaire et santé environnementale. Ainsi, vous voudrez bien transmettre par courriel à ARS-HDF-CP@ars.sante.fr, **dans le respect des échéances fixées**, les documents demandés ainsi que le tableau des décisions finales complété par les délais de mise en œuvre effective des actions prévues.

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

Je vous prie d'agréer, Monsieur le président, l'assurance de ma considération distinguée.



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

Copie à Monsieur Philippe CRIGNON, directeur de l'établissement

Pièce jointe :

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

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Gabrielle Hielle à Huby-Saint-Leu (62461) initié le 10 juin 2024

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle	Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
---	--	------------------------	--

E8	Des tâches spécifiquement relatives à l'exercice de l'activité d'aide-soignant, telles que définies dans le référentiel métier de l'annexe 1 de l'Arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'aidesoignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, sont réalisées par des agents de soins ; ces glissements de tâches contreviennent aux dispositions de l'article 1 dudit arrêté selon lesquelles le diplôme d'Etat d'aide-soignant est requis pour exercer une activité d'aide-soignant sous la responsabilité d'un IDE.	Prescription n°1 : Entreprendre les démarches pour supprimer les glissements de tâches afin de garantir la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents conformément aux dispositions de l'article L. 311-3, 1° du CASF et transmettre un échéancier à la mission de contrôle.	Immédiat	
-----------	---	--	-----------------	--

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle	Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
---	--	------------------------	--

E10	Contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158, alinéa 10 du CASF, le rapport annuel d'activité médicale transmis par l'établissement n'est pas signé conjointement par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement.	Prescription n°2 : Faire signer le rapport annuel d'activité médicale par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement, conformément à la réglementation.	1 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E9	La fiche de poste du médecin coordonnateur ne reprend pas l'ensemble des missions présentées par l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription n°3 : Mettre à jour la fiche de poste du médecin coordonnateur afin de se conformer à la réglementation.	1 mois	

E15	L'absence de réponse réactive en cas du déclenchement du dispositif d'appel malade ne permet pas de garantir la sécurité des résidents, contrairement aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF et des recommandations de la HAS.	Prescription n°4 : Veiller à une réponse aux appels malades, dans des délais satisfaisants, afin de garantir la sécurité des résidents conformément aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF et des recommandations de la HAS.	1 mois	
------------	--	--	---------------	--

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle	Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
---	--	------------------------	--

E7	En ne vérifiant pas le bulletin du casier judiciaire national et la nature du diplôme obtenu des agents, 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.	Prescription n°5 : Renouveler régulièrement les extraits de casier judiciaire comme le précise l'article L. 133-6 du CASF, réviser et transmettre les qualifications du personnel à la mission de contrôle.	1 mois	
R5	Le diplôme d'un professionnel soignant n'est pas en adéquation avec le poste occupé.			
E14	Dans la mesure où la collation nocturne n'est pas proposée systématiquement aux résidents, le temps de jeune séparant le repas du soir et le petit déjeuner est parfois supérieur à 12 heures, contrairement aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30	Prescription n°6 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	Immédiat	

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)
	décembre 2015.			
E6	Contrairement à l'instruction ministérielle DGAS/2A/2007/112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance et aux recommandations de la HAS, aucune formation relative à la prévention de la maltraitance et à l'amélioration de la bientraitance n'est dispensée au sein de l'établissement.	Prescription n°7 : Former l'ensemble du personnel, conformément à la réglementation : <ul style="list-style-type: none"> - à la prévention et la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance ; - aux spécificités du public accueilli. 	2 mois	
R16	L'établissement ne prévoit pas suffisamment de formations portant sur les spécificités du public accueilli, contrairement aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS.			

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)
E13	L'ensemble des résidents ne dispose pas d'un projet d'accompagnement personnalisé ou d'un projet d'accompagnement personnalisé réévalué a minima une fois par an, contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	Prescription n°8 : Etablir les projets personnalisés des résidents dans un délai maximal de 6 mois après leur admission conformément aux dispositions de l'article D. 311 du CASF et s'assurer qu'une évaluation périodique de ces projets personnalisés est réalisée. Transmettre à la mission de contrôle un modèle de PAP.	3 mois	
R19	L'établissement n'a pas transmis à la mission de contrôle un modèle de PAP.			

E1	La composition actuelle du CVS n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311-5 du CASF.	Prescription n°9 : Mettre en conformité la composition du CVS tel que précisé par l'article D. 311-5 du CASF.	3 mois	
-----------	---	---	---------------	--

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E12	En proposant de l'accueil temporaire, l'établissement ne respecte pas la décision conjointe relative au renouvellement d'autorisation datée du 16/04/2016.	Prescription n°10 : Respecter l'autorisation et mettre à jour les documents institutionnels.	3 mois	
E2	Le projet d'établissement ne reprend pas l'ensemble des dispositions des articles D. 311-38-3 et D. 311-38-4 du CASF.	Prescription n°11 : Les documents institutionnels (projet d'établissement, règlement de fonctionnement, livret d'accueil et contrat de séjour) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	6 mois	

E4	En l'absence de certaines mentions réglementaires, le règlement de fonctionnement n'est pas conforme aux articles R. 311-33 et R. 311-37 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)
E5	Le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.			
E11	Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311 du CASF.			

R18	Les informations contenues dans le règlement de fonctionnement et le livret d'accueil ne sont pas à jour et ne tiennent pas compte des dernières évolutions du socle de prestations.			
E3	Le plan bleu n'est pas conforme aux dispositions de l'article R. 311-38-1 du CASF et de l'instruction ministérielle du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations	Prescription n°12 : Etablir un plan bleu conforme à la réglementation et l'intégrer au projet d'établissement.	6 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
	sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD.			
R3	Le plan bleu n'est pas complet.			
R13	L'encadrante d'unité de soins ne dispose pas, au jour du contrôle, de formation spécifique au métier d'encadrement.	Recommandation n°1 : Engager l'encadrante d'unité de soins dans une action de formation dédiée à l'encadrement.	6 mois	

R7	La procédure de signalement des événements indésirables manque de précisions sur les modalités de déclaration externe des EI.	Recommandation n°2 : Actualiser la procédure de signalement des événements indésirables.	1 mois	
R8	Aucun compte rendu de RETEX n'a été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation n°3 : Transmettre à la mission de contrôle les 3 derniers comptes rendus de RETEX.	/	06/02/2025

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle	Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
--	--	-------------------------------	--

R4	Le protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance est incomplet.	Recommandation n°4 : Mettre à jour le protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance.	2 mois	
R21	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux contentions, aux urgences, aux troubles du comportement, aux changes et prévention de l'incontinence, aux soins palliatifs, ainsi qu'à la fin de vie.	Recommandation n°5 : Etablir et transmettre les protocoles relatifs aux contentions, aux urgences, aux troubles du comportement, aux changes et prévention de l'incontinence, aux soins palliatifs, ainsi qu'à la fin de vie.	3 mois	
R9	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'accueil du nouvel arrivant.	Recommandation n°6 : Etablir une procédure d'accueil du nouvel arrivant.	2 mois	
R10	Le nouvel arrivant ne bénéficie pas d'un accompagnement par un pair.	Recommandation n°7 : Mettre en place un système d'accompagnement par un pair les premiers jours suivants la prise de poste pour les nouveaux	2 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
		arrivants au sein de l'établissement.		

R14	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation n°8 : Étudier les causes du taux d'absentéisme des équipes soignantes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	/	06/02/2025
------------	--	---	---	-------------------

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle	Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
---	--	------------------------	--

R15	Le personnel de l'établissement ne dispose pas de fiche de tâches.	Recommandation n°9 : Etablir une fiche de tâches pour le personnel de l'établissement.	2 mois	
R1	L'organigramme présente une date incohérente.	Recommandation n°10 : Mettre à jour l'organigramme de l'établissement.	1 mois	
R11	L'établissement n'a pas transmis le dernier contrat de travail du médecin coordonnateur pour la période allant du 1 ^{er} septembre 2021 au jour du contrôle.	Recommandation n°11 : Transmettre à la mission de contrôle le dernier contrat de travail du médecin coordonnateur pour la période allant du 1 ^{er} septembre 2021 au jour du contrôle.	1 mois	
R12	L'établissement n'a pas transmis l'ensemble des qualifications/diplômes du médecin coordonnateur.	Recommandation n°12 : Transmettre à la mission de contrôle l'ensemble des qualifications/diplômes du médecin coordonnateur.	1 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
R2	L'établissement n'a pas transmis les 3 derniers comptes rendus de réunion avec l'organisme gestionnaire.	Recommandation n°13 : Transmettre à la mission de contrôle les 3 derniers comptes rendus de réunion avec l'organisme gestionnaire.	1 mois	
R6	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation du personnel à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.	Recommandation n°14 : Transmettre à la mission de contrôle le plan de formation interne/externe 2023 et les feuilles d'émargement des formations/sensibilisations sur : <ul style="list-style-type: none"> - la déclaration des événements indésirables ; - les formations internes/externes inscrites dans les plans de formation 2022-2023 ; - les transmissions ciblées ; - les protocoles internes. 	1 mois	
R17	L'établissement n'a pas transmis à la mission de contrôle le plan de formation interne/externe 2023 et l'ensemble des feuilles d'émargement des formations internes/externes réalisées en 2022-2023.			

R20	En l'absence de feuilles d'émargement, l'organisation régulière de sensibilisations sur les transmissions ciblées n'est pas garantie.			
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)
R22	En l'absence de feuilles d'émargement, la mission de contrôle ne peut garantir l'organisation régulière de formations et de sensibilisations sur les protocoles internes.			