

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n°2024-HDF-00289



Lille, le

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Anne-Sophie DELHAYE,
Directrice déléguée du CH d'Hénin-
Beaumont et du CH de La Bassée
CH d'HENIN-BEAUMONT
585 avenue des Déportés
62110 HENIN-BEAUMONT

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Résidence Les 5 Saisons situé au 11 rue Jean Charcot à HENIN-BEAUMONT (62110) initié le 31 mai 2024.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Résidence Les 5 Saisons situé au 11 rue Jean Charcot à HENIN-BEAUMONT (62110) 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 31 mai 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 19 novembre 2024.

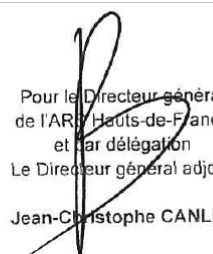
Par courriel reçu le 18 décembre 2024, vous avez présenté vos observations concernant les mesures correctives envisagées.

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-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 jointe :

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

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Résidence Les 5 Saisons à HENIN-BEAUMONT (62110) initié le 31 mai 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	Le temps de travail du médecin coordonnateur de l'EHPAD n'est pas conforme aux dispositions de l'article D312-156 du CASF.	Prescription n°1 : Indiquer les moyens que la direction de l'établissement entend mobiliser pour ajuster le temps de coordination médicale aux dispositions de l'article D312-156 du CASF.	Immédiat	
E9	Le médecin coordonnateur réalise des missions de médecin prescripteur au détriment de ses missions de coordination, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-156 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)
E1	En ne mettant pas en œuvre la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.	Prescription n°2 : Mettre en œuvre la commission de coordination gériatrique conformément aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.	6 mois	18 décembre 2024
E2	Au jour du contrôle, les modalités d'organisation du CVS ne sont pas conformes aux dispositions des articles L311-6 et D311-3 et suivants du CASF.	Prescription n°3 : Revoir l'organisation du CVS afin de répondre à l'ensemble des dispositions prévues aux articles L311-6 et D311-3 et suivants du CASF (cf. détails pages 11 et 12 du rapport de contrôle).	6 mois	

E12	Au jour du contrôle, chaque résident ne dispose pas d'un projet d'accompagnement personnalisé réévalué périodiquement et à minima une fois par an, contrairement aux dispositions de l'article D311 du CASF.	Prescription n°4 : Etablir les projets d'accompagnement personnalisé des résidents dans un délai maximal de 6 mois après leur admission et s'assurer qu'une évaluation périodique de ces projets personnalisés est réalisée, conformément aux dispositions de l'article D. 311 du CASF.	6 mois	18 décembre 2024
E7	En n'effectuant pas la vérification de l'extrait de casier judiciaire national à l'embauche, puis à intervalle régulier, pour tous les salariés, l'établissement ne satisfait pas aux dispositions de l'article L. 133-6 du CASF et n'est pas en capacité de vérifier les aptitudes des personnels à exercer auprès de personnes vulnérables.	Prescription n°5 : Vérifier de manière exhaustive l'ensemble des extraits de casiers judiciaires des professionnels de l'EHPAD, et perpétuer la démarche en effectuant une vérification à intervalle régulier des extraits de casiers judiciaires conformément à la réglementation.	3 mois	
R6	En l'absence de transmission, la mission de contrôle ne peut s'assurer que les modalités d'élaboration et de réactualisation des projets d'accompagnement personnalisé font l'objet d'une procédure spécifique.	Recommandation n°1 : Transmettre ou formaliser une procédure relative aux modalités d'élaboration et de réactualisation des Projets d'accompagnement personnalisé.	2 mois	18 décembre 2024

E6	En n'annexant pas la charte des droits et des libertés de la personne accueillie et la notice d'information relative à la désignation de la personne de confiance, le livret d'accueil contrevient aux dispositions des articles L. 311-4 et D31139 du CASF.	Prescription n°6 : Réviser le livret d'accueil en y annexant la charte des droits et des libertés de la personne accueillie et la notice d'information relative à la désignation de la personne de confiance conformément aux dispositions des articles L. 311-4 et D311-39 du CASF.	2 mois	18 décembre 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)
E3	En ne disposant pas, au jour du contrôle, d'un projet d'établissement en cours de validité, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.	Prescription n°7 : Finaliser la révision du projet d'établissement, en y intégrant un projet de soins conformément aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.	5 mois	18 décembre 2024
E10	En ne disposant pas, au jour du contrôle, d'un projet de soins en cours de validité et dédié à l'EHPAD, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.			

E4	Le plan bleu n'est pas conforme aux attendus de l'instruction interministérielle n°DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD.	Prescription n°8 : Réviser le plan bleu conformément aux dispositions des articles R311-38-1 et 2 du CASF et aux attendus de l'instruction interministérielle n°DGS / VSS2 / DGCS / SD3A / 2022 / 258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD, et au « guide d'aide à l'élaboration du plan bleu en EHPAD », avant de l'annexer au projet d'établissement conformément à l'article D. 312-160 CASF.	5 mois	
E5	En n'ayant pas consulté le conseil de la vie sociale et les instances représentatives du personnel, le règlement de fonctionnement de l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R311-33 du CASF.	Prescription n°9 : Consulter le CVS et les instances représentatives du personnel dans le cadre de l'élaboration du règlement de fonctionnement conformément aux dispositions de l'article R311-33 du CASF.	3 mois	

E11	En ne disposant pas d'un RAMA retraçant les modalités de la prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents, soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 10° du CASF.	Prescription n°10 : Formaliser un RAMA retraçant les modalités de la prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents, le faire cosigner par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement et le soumettre pour avis à la commission de coordination gériatrique, conformément aux dispositions des articles D. 312-158 alinéa 10 et D. 312-155-3 alinéa 9 du CASF.	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)
R7	Dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, l'établissement n'effectue pas régulièrement d'étude sur les délais de réponse aux appels malades.	Recommandation n°2 : Réaliser des études sur les délais de réponse aux appels malades, et exploiter les données qui en ressortent.	3 mois	
R8	L'établissement ne dispose pas de protocole interne relatif aux troubles du comportement.	Recommandation n°3 : Formaliser un protocole relatif aux troubles du comportement.	3 mois	18 décembre 2024

R9	Les professionnels ne sont pas régulièrement sensibilisés en interne aux protocoles et aux procédures.	Recommandation n°4 : Former et sensibiliser régulièrement les professionnels aux protocoles et aux procédures internes et en assurer la traçabilité.	3 mois	
R10	Les protocoles et les procédures, ne sont pas révisé(e)s périodiquement.	Recommandation n°5 : Réviser périodiquement les protocoles et les procédures afin de les garder continuellement à jour.	3 mois	

R1	Les bilans annuels des plaintes et des réclamations des résidents et des familles ne sont pas formalisés.	Recommandation n°6 : Déployer la démarche d'amélioration continue de la qualité, notamment en réalisant annuellement des bilans des plaintes et des réclamations des résidents et de leurs proches.	6 mois	18 décembre 2024
-----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------	-------------------------

R2	La procédure de « gestion de la déclaration d'un événement indésirable à l'ARS » ne présente pas de manière exacte les modalités de déclaration externe des événements indésirables, des événements indésirables graves, et des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS).	<p>Recommandation n°7 :</p> <p>Réviser la procédure de « gestion de la déclaration d'un événement indésirable à l'ARS » en y intégrant les modalités précises de déclaration obligatoire des événements indésirables, et des événements indésirables graves (EIG) à l'ARS et au conseil départemental, et les démarches de signalement obligatoire des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS)¹ sur le portail dédié.</p>	3 mois	
----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------	--

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

R3	La méthodologie d'analyse et de traitement des événements indésirables graves et / ou récurrents, par le biais de RETEX, n'est pas déployée en interne.	Recommandation n°8 : Analyser les causes des événements indésirables survenus en déployant la méthodologie des CREX : multidisciplinarité des participants, présence des personnes internes / externes concernées, chronologie de l'EI, identification des écarts, puis des facteurs et enfin proposition d'actions correctives / préventives.	3 mois	18 décembre 2024
R4	Les professionnels assurant l'encadrement des soins ne disposent pas tous d'une formation spécifique à l'encadrement.	Recommandation n°9 : Engager le personnel d'encadrement non formé dans une formation spécifique à l'encadrement.	6 mois	18 décembre 2024

R5	L'établissement a précisé des taux d'absentéisme élevés en 2021 et en 2022, et un taux de turn over élevé en 2022 pour les IDE sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation n°10 : Étudier les causes des taux d'absentéisme et turn over élevés des IDE, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	5 mois	18 décembre 2024
-----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------	-------------------------