

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023-HDF-00377



Lille, le

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Madame Carole BRIDOUX
Directrice
Résidence Les Provinces du Nord
44 rue du Lazaro
59700 Marcq-en-Baroeul

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Résidence Les Provinces du Nord sis 44 rue Lazaro à Marcq-en-Baroeul (59700) initié le 14 décembre 2023.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Résidence Les Provinces du Nord sis 44 rue Lazaro à Marcq-en-Baroeul (59700) 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 14 décembre 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 11 avril 2024.

Par courrier reçu le 2 mai 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 Provinces du Nord à MARCQ EN BAROEUL (59700) initié le 14 décembre 2023

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	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'Etat d'aide-soignant est requis pour exercer une activité d'aide-soignant sous la responsabilité d'un IDE.	Prescription 1 : Recruter le personnel nécessaire et prévoir quotidiennement les effectifs suffisants en nombre et en qualification, afin de garantir aux résidents la qualité de leur prise en charge, de leur accompagnement, et le respect de leurs rythmes de vie, conformément aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.	1 mois	
E13	La charge de travail du personnel ne permet pas de respecter les rythmes de vie et d'assurer une bonne prise en charge des résidents au sens l'article L. 311-3 du CASF au regard du nombre de toilettes par agent.			
E6	En ne vérifiant pas le bulletin du casier judiciaire national, 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 2 : 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	

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 surveillance des résidents de l'UVA la nuit n'est pas organisée, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3, 1° du CASF.	Prescription 3 : Positionner un personnel qualifié la nuit au sein de l'UVA afin de garantir la sécurité des résidents conformément aux dispositions de l'article L. 311-3, 1° du CASF.	1 mois	
E8	L'établissement ne dispose pas de médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D. 312-155-0 du CASF.	Prescription 4 : Recruter un médecin coordonnateur conformément à l'article D. 312-155-0 du CASF.	1 mois	
E12	Chaque résident ne dispose pas d'un projet personnalisé, évalué périodiquement contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	Prescription 5 : Etablir les projets personnalisés des résidents dans un délai maximal de 6 mois après leur admission conformément aux dispositions de l'article L. 311-4 du CASF et s'assurer qu'une évaluation périodique de ces projets personnalisés est réalisée.	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)
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 décembre 2015.	Prescription 6 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	Dès réception des mesures	
E1	La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée, ce qui est contraire à l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 7 : Constituer la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 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)
E2	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.	Prescription 8 : Mettre à jour les outils de loi 2002-2 conformément aux réglementations associées : <ul style="list-style-type: none"> - Etablir un projet d'établissement et un projet de soins associé ; - Détailler le plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire dans le projet d'établissement ; - Présenter le règlement de fonctionnement au CVS ; - Réviser le livret d'accueil. 	6 mois	
E3	Le plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique n'est pas détaillé dans le projet d'établissement, ce qui contrevient à l'article D. 312-160 du CASF.			
E4	Le règlement de fonctionnement n'a pas été présenté au CVS contrairement aux dispositions de l'article R. 311-33 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	En l'absence de précisions sur les actions de prévention et de lutte contre la maltraitance mise en place, les coordonnées des autorités administratives compétentes en la matière, une notice d'information sur la personne de confiance ainsi que le numéro d'appel en cas de situation de maltraitance (3977), le livret d'accueil n'est pas conforme à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.			
E10	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.			

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)
E11	Contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158 alinéa 10 du CASF, le RAMA transmis par l'établissement n'est pas signé conjointement par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement.	Prescription 9 : Soumettre pour signature le dernier rapport annuel d'activité médicale au médecin coordonnateur et au directeur d'établissement conformément à l'article D. 312-158 alinéa 10 du CASF.	1 mois	
R12	Les fiches de tâches de nuit ne précisent pas la proposition systématiquement aux résidents d'une collation nocturne.	Recommandation 1 : Réviser les fiches de tâches de nuit du personnel.	1 mois	
R15	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs à l'hydratation, aux changes et à la prévention de l'incontinence, aux soins palliatifs et à la fin de vie.	Recommandation 2 : Formaliser des protocoles relatifs à l'hydratation, aux changes et à la prévention de l'incontinence, aux soins palliatifs et à la fin de vie.	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)
R16	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.	Recommandation 3 : Transmettre les justificatifs de formations et de sensibilisations sur les protocoles internes.	1 mois	
R10	L'établissement ne prévoit pas régulièrement des sensibilisations internes.	Recommandation 4 : Prévoir régulièrement des sensibilisation internes.	3 mois	
R14	Les transmissions effectuées au sein de l'EHPAD ne sont pas systématiquement ciblées.	Recommandation 5 : Mettre en œuvre les transmissions ciblées au sein de l'établissement et organiser des formations ou sensibilisations à destination du personnel sur celles-ci.	5 mois	
R4	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale de manière annuelle auprès des résidents, des familles et des équipes.	Recommandation 6 : Réaliser des enquêtes de satisfaction globale de manière annuelle auprès des résidents, des familles et des équipes.	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)
R5	L'établissement ne réalise pas de bilan annuel effectif des réclamations et plaintes.	Recommandation 7 : Réaliser le bilan annuel des réclamations et plaintes des usagers.	6 mois	
R8	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.	Recommandation 8 : Transmettre à la mission contrôle les taux de turn over des équipes soignantes pour les années 2020, 2021 et 2022 et justifier les taux d'absentéisme élevés des équipes ainsi que les actions mises en place pour y remédier.		02/05/2024
R9	Les taux de turn over des effectifs soignants pour les années 2020, 2021 et 2022 n'ont pas été transmis à la mission de contrôle.			

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)
R13	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.	Recommandation 9 : Etudier les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière.	2 mois	
R7	L'établissement ne dispose pas d'un livret d'accueil du nouvel arrivant au jour du contrôle.	Recommandation 10 : Formaliser un livret d'accueil du nouvel arrivant.	2 mois	
R1	En l'absence de transmission de justificatifs d'organisation de réunions entre le gestionnaire et le directeur de l'établissement, la mission contrôle ne peut garantir leur existence.	Recommandation 11 : Transmettre les justificatifs d'organisation de réunions entre le gestionnaire et le directeur de l'établissement.	4 mois	
R2	En l'absence de transmission de justificatifs d'organisation de réunions de CODIR, la mission contrôle ne peut garantir leur existence.	Recommandation 12 : Transmettre les justificatifs d'organisation de réunions de CODIR.	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)
R3	Le règlement intérieur et la composition du CVS (procès-verbal des élections) n'ont pas été remis à la mission de contrôle.	Recommandation 13 : Transmettre le règlement intérieur et la composition du CVS (procès-verbal des élections) à la mission contrôle.	1 mois	
R6	La procédure de gestion des événements indésirables est incomplète.	Recommandation 14 : Réviser la procédure de gestion des événements indésirables.	2 mois	
R11	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 15 : Réviser la procédure d'admission.	2 mois	