



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Le directeur général

Lille, le 03 JUL. 2023

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023-HDF-00034



LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le directeur général,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Les Marronniers sis 45, Avenue de la Marne 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 27 mars 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 16 mai 2023. Par courrier reçu par mes services le 19 juin 2023, 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.

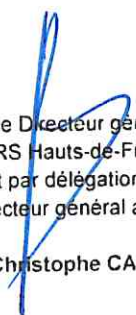
A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

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.

Monsieur Nicolas UTZSCHNEIDER
Directeur général
Groupe UNIVI
20, rue Jacques Daguerre
92500 RUEIL-MALMAISON

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 directeur général, 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

Pièce jointe :

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

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Les Marronniers à MARCQ-EN-BAROEUL (59700) initié le 27 mars 2023

| Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (<i>par ordre de priorité</i>) | | 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 | L'inconstance des effectifs présents par poste horaire de jour et de nuit, 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. | Prescription 1 : Supprimer les glissements de tâches, stabiliser les équipes et s'assurer d'un nombre de personnel suffisant en nombre et en qualification, de jour et de nuit, afin d'assurer une prise en charge sécurisée des résidents et un accompagnement de qualité conformément à l'article L. 311-3-1° du CASF. | 1 mois | |
| E5 | 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 ASH. 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. | | | |
| R5 | Au regard du nombre de CDD au cours des 3 derniers mois, la mission de contrôle constate un manque de stabilité des équipes. | | | |
| E6 | Au jour du contrôle, l'établissement ne dispose pas d'un médecin coordonnateur ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF. | Prescription 2 : Recruter un médecin coordonnateur à 0,60 ETP et transmettre son contrat de travail conformément aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF | 3 mois | |

| Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (<i>par ordre de priorité</i>) | | 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 D. 312-158 du CASF. | Prescription 3 : Réunir la commission de coordination gériatrique au minimum 1 fois par an conformément à la réglementation. | 3 mois | |
| E8 | Le RAMA n'a pas été rédigé par le médecin coordonnateur ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158, alinéa 10 du CASF. | Prescription 4 : Le médecin coordonnateur doit rédiger le RAMA avec le concours de l'équipe soignante qu'il signera conjointement avec le directeur de l'établissement. Le RAMA devra ensuite être soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique conformément à la réglementation. | 3 mois | |
| E4 | En ne disposant pas du bulletin du casier judiciaire national dans le dossier de tous les 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 des personnels à exercer auprès de personnes vulnérables. | Prescription 5 : Renouveler régulièrement les extraits de casier judiciaire et transmettre les casiers judiciaires manquants des personnels soignants. | | 19/06/2023 |
| R3 | Les extraits de casier judiciaire ne sont pas régulièrement renouvelés. | | | |

| Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (<i>par ordre de priorité</i>) | | 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 n'ayant pas révisé le règlement de fonctionnement 5 ans après son adoption, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R. 311-33 du CASF. | Prescription 6 : Réviser le règlement de fonctionnement au maximum tous les 5 ans conformément aux dispositions de l'article R. 311-33 du CASF. | 3 mois | |
| E2 | La composition du CVS n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311-20 du CASF. | Prescription 7 : Réviser la composition du CVS conformément aux dispositions de l'article D. 311-20 du CASF et mettre à jour le règlement intérieur. | 3 mois | |
| R1 | Le règlement intérieur du CVS n'est pas mis à jour. | | | |
| E9 | 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 8 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015. | | 16/05/2023 |

| Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (par ordre de priorité) | | 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) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| R12 | Le personnel n'est pas formé aux transmissions ciblées. | Recommandation 1 : Former le personnel aux transmissions ciblées et aux protocoles, et faire signer des feuilles de présence lors des sensibilisations internes et externes. | 6 mois | |
| R13 | La formation du personnel aux protocoles n'est pas organisée. | | | |
| R8 | En l'absence de transmission de feuilles d'émargement pour l'ensemble des formations réalisées, la formation du personnel n'est pas garantie. | | | |
| R6 | L'établissement a précisé un taux d'absentéisme et de turn over élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier. | Recommandation 2 : Analyser les causes de l'absentéisme et du turn over du personnel, identifier des leviers d'amélioration et mettre en place un plan d'actions. | | 19/06/2023 |
| R10 | Les projets personnalisés des résidents ne sont pas évalués périodiquement. | Recommandation 3 : Réaliser une évaluation périodique des projets personnalisés des résidents. | 4 mois | |

| Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (<i>par ordre de priorité</i>) | | 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) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| R11 | Dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité, les études sur les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade ne sont réalisées que suite à réclamation. | Recommandation 4 : Etudier les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière et non uniquement suite à une réclamation. | | 19/06/2023 |
| R4 | La procédure ne fait pas mention de la réalisation de RETEX suite à l'analyse des événements indésirables. | Recommandation 5 : Mettre à jour la procédure de gestion des événements indésirables en mentionnant la réalisation de RETEX et l'appliquer. | | 19/06/2023 |
| R9 | La procédure d'admission est incomplète. | Recommandation 6 : Compléter la procédure d'admission. | 3 mois | |
| R2 | Le plan bleu n'est pas annexé au projet d'établissement. | Recommandation 7 : Annexer le plan bleu au projet d'établissement. | 1 mois | |
| R7 | L'établissement ne dispose pas de fiches de tâches pour les postes d'IDE, ASD de jour et de nuit, agent hôtelier spécialisé de jour et de nuit. | Recommandation 8 : Etablir les fiches de tâches pour les postes d'IDE, ASD de jour et de nuit, agent hôtelier spécialisé de jour et de nuit. | 3 mois | |
| R14 | Les protocoles ne sont pas utilisés et appliqués quotidiennement par le personnel. | Recommandation 9 : S'assurer de la mise en œuvre des protocoles par le personnel. | 3 mois | |