

**Le directeur général**

Lille, le 16 NOV. 2023

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale  
Sous-direction inspection-contrôle  
Mission n° 2023-HDF-00198

**LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION**

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Les Magnolias sis Avenue de la Paix à Marly (59770) 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 25 mai 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 2 octobre 2023. Par courrier reçu par mes services le 30 octobre 2023, vous avez présenté vos observations concernant les mesures correctives envisagées.

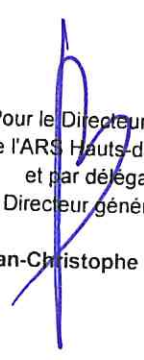
En conséquence, vous trouverez ci-joint le rapport de contrôle modifié ainsi que les décisions finales, qui closent la procédure contradictoire. A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

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](mailto: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 Jean-Marc BORELLO  
Président du Groupe SOS  
47, rue Haute Seille  
57000 METZ

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

Pièce jointe :

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

Copie à Madame Sarah MESSAADI, directrice de l'établissement.

## Mesures correctives à mettre en œuvre

### Contrôle sur pièces de l'EHPAD Les Magnolias à MARLY (59770) initié le 25 mai 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)
E4	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 Service Logistique. 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.	<b>Prescription 1 :</b> Supprimer les glissements de tâches et s'assurer d'un nombre de personnel suffisant en nombre et en qualifications de jour et de nuit, y compris en UVA, afin d'assurer une prise en charge sécurisée des résidents conformément aux dispositions de l'article L. 311-3-1° du CASF.	<b>1 mois</b>	
E7	L'inconstance des effectifs présents par poste horaire de jour, 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.			
E8	La surveillance de jour en UVA n'étant pas systématiquement assurée par du personnel qualifié, la sécurité des résidents n'est pas garantie ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3-1° du CASF.			
E9	La surveillance de nuit au sein de l'UVA n'étant pas systématiquement assurée par du personnel qualifié, la sécurité des résidents n'est pas garantie ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.			

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)
	311-3 du CASF.			
E6	Au jour du contrôle, le médecin coordonnateur ne dispose pas d'un diplôme d'études spécialisées complémentaire de gériatrie, ou d'un diplôme d'études spécialisées de gériatrie, d'une capacité de gériatrie ou d'un diplôme universitaire de médecin coordonnateur d'EHPAD, contrairement aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF.	<b>Prescription 2 :</b> Transmettre l'attestation de réussite du médecin coordonnateur au DU de Gériatrie.	<b>1 mois</b>	
E5	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	<b>Prescription 3 :</b> Augmenter le temps de travail du médecin coordonnateur à 0,60 ETP.	<b>3 mois</b>	
E3	La mission de contrôle constate que les extraits de casier judiciaire ne sont pas régulièrement renouvelés contrairement aux dispositions de l'article L. 133-6 du CASF.	<b>Prescription 4 :</b> Renouveler régulièrement les extraits de casier judiciaire comme le précise l'article L. 133-6 du CASF.		<b>30/10/2023</b>
E2	En l'absence de précisions sur les actions de prévention et de lutte contre la maltraitance, sur les coordonnées du numéro d'écoute maltraitance ainsi que sur les coordonnées des autorités administratives, le livret d'accueil n'est pas conforme à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.	<b>Prescription 5 :</b> Intégrer, au sein du livret d'accueil : - les actions menées en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance, - les coordonnées du numéro d'écoute maltraitance, - les coordonnées des autorités administratives (ARS et Conseil Départemental).	<b>3 mois</b>	
E1	En ne réunissant pas systématiquement le CVS trois fois par an, la composition du CVS n'étant pas conforme et en l'absence de signature des procès-verbaux des réunions par son président, le fonctionnement du CVS contrevient aux dispositions des articles D. 311-5, D. 311-16 et D. 311-20 du CASF.	<b>Prescription 6 :</b> Mettre en conformité le fonctionnement du CVS en : - révisant la composition du CVS conformément aux nouvelles dispositions de l'article D. 311-5 du CASF, - faisant signer les procès-verbaux des réunions de CVS par sa présidente conformément à l'article D. 311-20 du CASF,	<b>3 mois</b>	

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)
R2	Le règlement intérieur du CVS, non daté, n'est pas mis à jour.	- réunissant le CVS 3 fois par an conformément à l'article D. 311-16 du CASF, - mettant à jour et en datant le règlement intérieur.		
R5	L'absence d'IDEC au sein de la structure ne permet pas d'assurer des missions de coordination des soins et un management de proximité.	<b>Recommandation 1 :</b> Procéder au recrutement d'une IDEC.		30/10/2023
R4	Le personnel n'a pas été formé à la déclaration des événements indésirables.	<b>Recommandation 2 :</b> Former le personnel à la déclaration des événements indésirables et prévoir systématiquement des feuilles d'événement lors des formations internes et externes.		30/10/2023
R8	En l'absence de feuilles d'événement attestant la réalisation de formations et sensibilisations internes et externes, la formation du personnel n'est pas garantie.			
R12	La feuille d'événement transmise ne permet pas de garantir l'organisation régulière de sensibilisations sur les protocoles internes.			
R6	L'établissement a précisé des taux d'absentéisme et de turn-over des équipes élevés sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	<b>Recommandation 3 :</b> Analyser les causes de l'absentéisme et du turn over du personnel, identifier des leviers d'amélioration et mettre en place un plan d'action.	3 mois	
R9	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 4 :</b> Etudier les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que ces délais sont corrects.	3 mois	
R10	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux troubles du comportement, à la prévention de l'incontinence et à la fin de vie.	<b>Recommandation 5 :</b> Etablir, en concertation avec les équipes, les protocoles relatifs aux troubles du comportement, à la prévention de l'incontinence et à la fin de vie.	3 mois	
R11	Les protocoles n'ont pas été élaborés en concertation avec les équipes de l'établissement.			

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)
R13	En l'absence de dates de mise à jour des protocoles dans le document transmis, leur évaluation périodique n'est pas garantie.	<b>Recommandation 6 :</b> Evaluer les protocoles de manière périodique et préciser leur date de mise à jour.	3 mois	
R3	Le plan bleu n'est pas annexé au projet d'établissement.	<b>Recommandation 7 :</b> Annexer le plan bleu au projet d'établissement.		30/10/2023
R7	Les fiches de postes n'ont pas été transmises.	<b>Recommandation 8 :</b> Transmettre les fiches de postes du personnel.		30/10/2023
R1	L'organigramme ne comporte pas de date de mise à jour et présente une fonction de secrétariat dans l'effectif IDE.	<b>Recommandation 9 :</b> Mettre à jour et dater l'organigramme.		30/10/2023