

Service émetteur : Délégation Départementale de la Haute- Garonne

Tel: interno :

Date : 11/05/2022

N° PRIC : MS_2022_DSP_31_09
avec accusé réception

Lettre recommandée

Monsieur le Président
S.A.S. M.E.X.
12 rue Jean Jaurès 92
800 PUTEAUX

Objet : suivi de la mise en demeure suite à l'inspection de l'EHPAD Marengo-Jolimont et décision définitive

PJ : 1 rapport et 1 tableau de synthèse des écarts et des remarques et des mesures correctrices exigées

Références légales prévues par le CASF : Articles L. 313-14 CASF ; L. 331-8-1 CASF ; L. 1413-14 CSP ; D. 312-176-6 CASF ; L. 312-1-II, al.2 CASF ; R. 5126-109 du CSP ; L. 311-3 3^e CASF

Monsieur le Président,

Suite à l'inspection de votre établissement réalisée le 15 février 2022, nous vous avions invité à communiquer vos observations, en réponse, sur les constats et les conclusions de la mission consignés dans son rapport, ainsi que sur les mesures que nous envisagions de vous notifier.

Dans le cadre de la procédure contradictoire, vos observations et pièces justificatives nous ont été transmises par la directrice de l'établissement, par courriel reçu le 11 mars 2022. A sa demande, des membres de la mission d'inspection ainsi que le directeur de la délégation départementale de la Haute-Garonne de l'Agence régionale de santé Occitanie se sont rendus sur site le 18 mars 2022 dans le cadre de la phase contradictoire. Il a été procédé ce même jour à une vérification de l'effectivité de la mise en œuvre des mesures correctives impératives demandées par courrier de mise en demeure en date du 1^{er} mars 2022.

Concernant les écarts majeurs pour lesquels des mesures correctives impératives étaient exigées, pour assurer la sécurisation des installations et des conditions de prise en charge des résidents, nous prenons acte des éléments suivants :

1 – Mesure correctrice impérative 1 :

Sécuriser sans délai la zone de travaux du 4^{ème} étage

Délai de mise en œuvre : immédiat

La mission a constaté que l'accès au 4^{ème} étage était condamné pour les résidents :

- Les résidents qui occupaient encore des chambres au 4^{ème} étage ont été relogés le temps de travaux sur les étages inférieurs ; le déménagement des résidents a été réalisé les 9 et 10 mars 2022.
- Des digicodes ont été installés les 8, 9 et 10 mars 2022 aux portes donnant sur les escaliers au niveau du 4^{ème} étage.
- Le 4^{ème} étage n'est plus desservi par l'ascenseur côté travaux (bouton bloqué par une plaque métallique) ; le grand ascenseur permet aux ouvriers de se rendre au 4^{ème} étage avec un code d'accès non connu des résidents.

2 – Mesure correctrice impérative 2 :

Affecter à l'unité protégée l'effectif nécessaire pour l'aide à la prise des repas et pour garantir une organisation tenant compte des besoins spécifiques des résidents **Délai de mise en œuvre : immédiat**

Le nombre de personnel affecté à l'unité protégée a été renforcé par un poste supplémentaire tous les jours de 12h à 19h30. La direction a confirmé à la mission qu'il s'agissait d'une création de poste supplémentaire (et non d'un redéploiement depuis les unités générales). Ce poste permet une présence renforcée au moment des repas de midi et du soir.

De plus, la direction indique que des repas thérapeutiques ont été mis en place une fois par mois avec la psychologue.

Au vu des constats de la mission et de la nature des mesures correctrices mises en œuvre par l'établissement, la mise en demeure conjointe notifiée par correspondance du 1^{er} mars 2022 est levée. Nous attacherons toutefois une vigilance particulière aux conditions de fonctionnement de l'unité protégée : les mesures correctives prises doivent impérativement revêtir un caractère pérenne pour assurer un taux d'encadrement suffisant des résidents.

Par ailleurs, après recueil et analyse de vos observations en réponse sur les différents constats de la mission, nous vous notifions notre décision définitive.

Par conséquent, nous vous demandons de mettre en œuvre, dans les délais impartis, les prescriptions et recommandations énumérées dans le tableau ci-joint. Ces actions vous permettront d'améliorer la qualité de l'accompagnement des résidents, ainsi que les conditions d'organisation et de fonctionnement de l'EHPAD Marengo-Jolimont.

Lorsque les mises en conformité seront effectuées, vous voudrez bien transmettre à nos services respectifs tous les éléments permettant de vérifier le respect des prescriptions notifiées. A défaut de mise en œuvre totale ou partielle des mesures demandées dans les délais prescrits, des suites administratives, prévues par le code de l'action sociale et des familles, pourront, si les circonstances l'exigent, être décidées.

Nous vous prions d'agrérer, Monsieur le Président, l'expression de nos salutations distinguées.

Le Directeur Général de l'ARS

Didier JAFFRE

Le Vice-Président du Conseil Départemental
de la Haute-Garonne

Alain GABRIELI



Copie au Président du Conseil de Vie Sociale
Copie à Madame la Directrice de l'EHPAD Marengo-Jolimont Copie
à Monsieur le Préfet de Haute-Garonne

Tableau de synthèse des écarts/remarques et des mesures correctrices exigées

(par ordre chronologique d'apparition dans le rapport)

Inspection de l'EHPAD MARENGO JOLIMONT géré par la SAS MEX (GROUPE ORPEA) à TOULOUSE

Ecart	Rappel de la réglementation	Réponse du gestionnaire	Nature de la mesure attendue (Injonction – Prescription - Recommandation)	Délais de mise en œuvre
Ecart 1 : Le projet d'établissement date de plus de 5 ans, ce qui n'est pas conforme aux dispositions de l'article L311-8 du code de l'action sociale et des familles (CASF).	L311-8 CASF	[REDACTED]	Prescription n°1 : Réactualiser le projet d'établissement, en associant l'ensemble des salariés et en prévoyant notamment un projet spécifique pour l'unité protégée. ECART MAINTENU (jusqu'à transmission du nouveau projet d'établissement)	6 mois

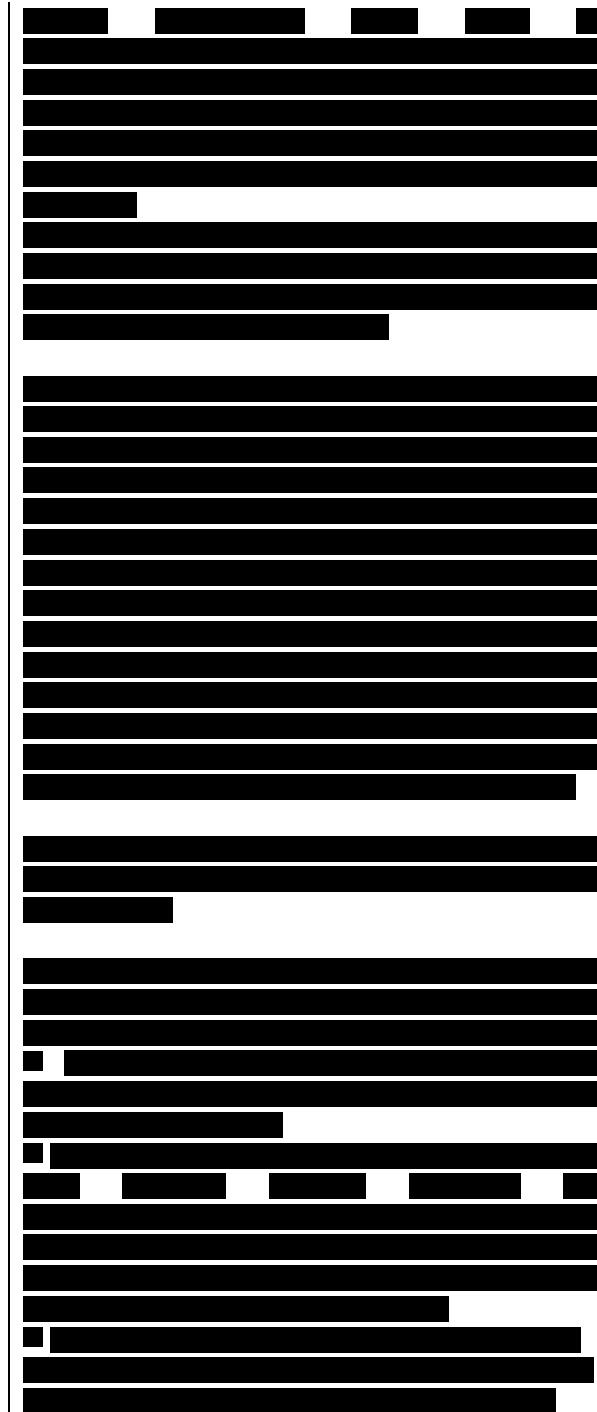
Ecart 2 : 10 professionnels sur 14 affectés sur des postes d'aides-soignants ne sont pas diplômés, soit 2/3 de l'effectif soignants, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L312-1-II, al.4 CASF.	L312-1-II, al.2 du code de l'action sociale et des familles (CASF)           	Prescription n°2 : Recruter du personnel soignant diplômé. En cas d'impossibilité, accompagner le personnel dans une démarche de VAE Fidéliser le personnel prêt à s'engager dans une démarche de VAE en les embauchant en CDI.	Immédiat
---	--	---	-----------------

Ecart 5 : L'organisation des repas dans l'unité protégée ne permet pas de garantir	Article L 311-3 CASF		Mesure correctrice impérative 2 : Affecter à l'unité protégée l'effectif nécessaire pour l'aide à la prise des repas et pour

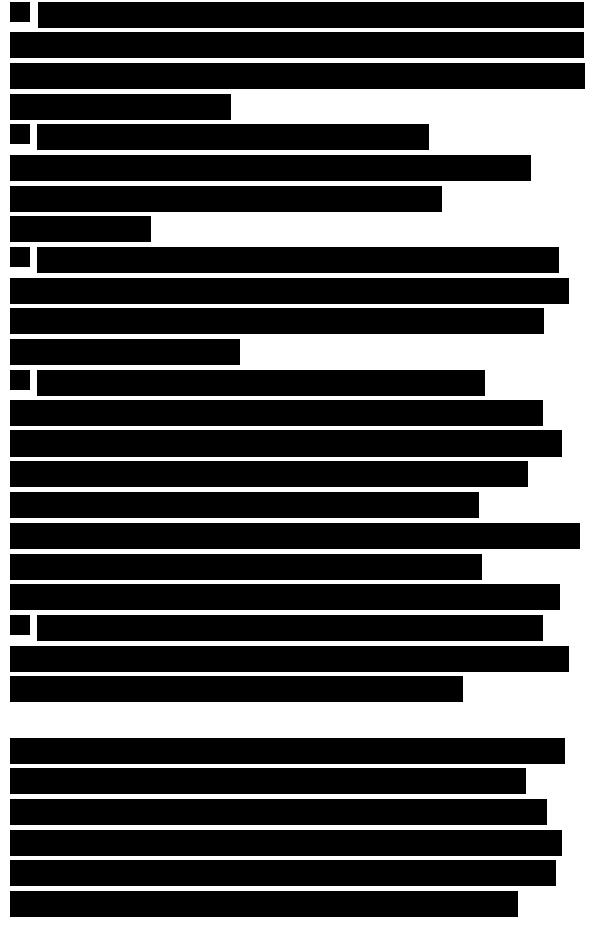
<p>aux résidents une alimentation et une hydratation en adéquation avec leurs besoins. En ce sens, l'établissement ne satisfait pas l'obligation définie à l'article L311-3 du CASF qui impose au gestionnaire le respect de dispositions législatives et réglementaires garantissant au résident « le respect de sa dignité, de son intégrité [...] de sa sécurité ».</p>		<p>garantir une organisation tenant compte des besoins spécifiques des résidents.</p> <p>ECART LEVE (suite à la visite sur site du 18 mars 2022)</p>	
<p>Remarque 1 :</p> <p>Les plannings ne prévoient pas la présence effective d'un membre de l'encadrement le weekend.</p>		<p>Recommandation n°1 :</p> <p>Formaliser une procédure d'astreinte permettant aux équipes de pouvoir solliciter un cadre de direction en cas d'incident important le week-end.</p> <p>REMARQUE LEVEE (compte-tenu du planning de présence transmis à compter du 1^{er} mars 2022)</p>	

<p>Remarque 2 :</p> <p>Le rôle et les missions des référents bientraitance ne sont pas formalisés. Ces référents ne sont ni connus ni identifiés par l'ensemble des salariés.</p>		<p>Recommandation n°2 :</p> <p>Etablir une fiche de mission pour les référents bientraitance et en partager le contenu avec l'ensemble du personnel.</p> <p>REMARQUE LEVEE</p>	
<p>Remarque 3 :</p> <p>L'unité de soins adaptés ne fait l'objet d'aucun projet de prise en charge spécifique. Il n'existe pas de réunion pluriprofessionnelle dédiée, ce qui apparaît nécessaire au vu des spécificités de l'accompagnement des résidents. Cette situation est de nature à générer un risque majeur de maltraitance malgré l'investissement et la bienveillance des personnels soignants affectés à cette unité.</p>		<p>Recommandation n°3 :</p> <p>Lors de la révision du projet d'établissement, prévoir un projet spécifique pour l'unité de soins adaptés.</p> <p>Mettre en place des réunions pluriprofessionnelles spécifiques pour cette unité.</p> <p>REMARQUE MAINTENUE (jusqu'à transmission du nouveau projet d'établissement formalisé)</p>	
<p>Remarque 4 :</p> <p>Le traitement des événements indésirables graves, centralisés au niveau du siège d'Orpéa n'est pas adapté : il ne permet pas l'information des autorités de tarification et de contrôle dans des délais appropriés. De plus, il n'y a pas d'analyse rétrospective des incidents importants</p>	Article L 331-8-1 CASF : information des autorités administratives compétentes Article R 331-8 et suivants CASF	<p>Recommandation n°4 :</p> <p>Garantir la mise en œuvre effective de la procédure de recueil et de traitement des EIG incluant l'information immédiate aux autorités de tarification et de contrôle par le directeur d'établissement et assurer le suivi et l'analyse rétrospective des événements indésirables récurrents et/ou graves dans le cadre de la démarche qualité.</p>	

et des EIG survenus dans le cadre de la démarche qualité de l'établissement.

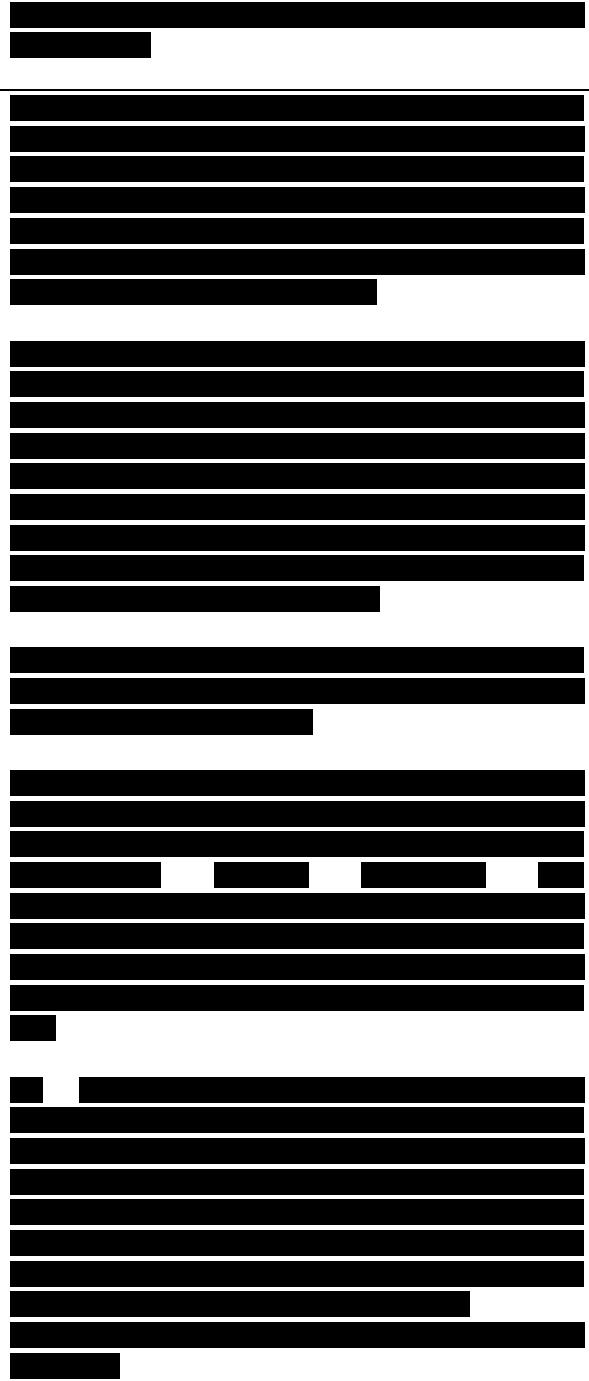


REMARQUE LEVEE (compte-tenu des mesures opérationnelles effectivement mises en place)

		
<p>Remarque 5 :</p> <p>La composition des équipes et contre-équipes soignantes n'est pas de nature à garantir la continuité et la qualité des soins dans la mesure où l'ensemble des AS diplômés sont positionnés dans la même équipe, l'autre équipe ne disposant daucun salarié diplômé.</p>		<p>Recommandation n°5 :</p> <p>Recomposer les équipes de manière à garantir la présence d'au moins un personnel aide-soignant diplômé.</p> <p>REMARQUE MAINTENUE</p>

Remarque 6 : La gouvernante apparaît sur le tableau des effectifs comme « auxiliaire de vie référente » et non comme gouvernante, alors qu'elle est identifiée comme telle par les familles et les salariés. Elle est auxiliaire de vie et ne dispose pas d'autre diplôme.		<p>Recommandation n°6 :</p> <p>La gouvernante doit être encouragée à se professionnaliser dans l'objectif de constituer un relai de l'équipe managériale auprès des personnels assurant l'accompagnement.</p> <p>REMARQUE MAINTENUE</p>	
Remarque 7 : Le dossier de l'IDEC ne comporte pas d'attestation de formation aux fonctions d'IDE référente ou coordinatrice.		<p>Recommandation n°7 :</p> <p>Dans l'hypothèse où l'IDEC est qualifiée verser l'attestation de formation dans le dossier. Dans le cas contraire, l'IDEC doit être encouragée dans une démarche de professionnalisation en cohérence avec son poste.</p> <p>REMARQUE MAINTENUE</p>	
Remarque 8 : La gouvernante occupe ce poste pour la première fois et n'a pas été en situation d'encadrement d'équipe dans ses affectations antérieures. Elle n'a bénéficié d'aucune formation		<p>Recommandation n°8 :</p> <p>Accompagner la prise de poste de la gouvernante par des formations adaptées notamment sur la fonction managériale.</p>	

complémentaire à sa prise de poste, y compris sur les aspects de la fonction managériale.		<img alt="Redacted content" data-bbox="351 3711 6

<p>Remarque 12 :</p> <p>Il n'existe pas sur l'établissement de groupe de supervision des pratiques ni d'évaluation régulières des pratiques professionnelles en dehors des toilettes évaluatives réalisées par l'IDEC. Aucune mesure spécifique d'accompagnement des professionnels pour prévenir le risque d'épuisement, particulièrement sur l'unité protégée, n'est mise en place.</p> 	<p>Recommandation n°12 :</p> <p>Favoriser une organisation garantissant la fluidité de la communication vers les personnels.</p> <p>REMARQUE MAINTENUE</p>		

Remarque 13 : La décoration, les couleurs de l'unité protégée ne font pas l'objet d'une réflexion et d'une adaptation particulière pour prendre en compte les besoins spécifiques la population accueillie.		Recommandation n°13 : Engager des réflexions pluriprofessionnelles sur la mise en place d'aménagements (agencement, couleurs, décoration) adaptés aux particularités cognitives des résidents accueillis au sein de l'unité protégée dans le cadre du futur projet de cette unité. REMARQUE MAINTENUE (jusqu'à transmission du nouveau projet d'établissement formalisé)	
Remarque 14: L'absence de salle de réunion ne favorise pas la confidentialité des échanges pluriprofessionnels et ne facilite pas l'organisation des formations.		Recommandation n°14 : Proposer des aménagements de l'espace disponible (paravents, cloisons mobiles, etc.) permettant de garantir la confidentialité des échanges pluriprofessionnels et l'organisation de formations. REMARQUE LEVEE	
Remarque 15 : L'intimité n'est pas préservée, les portes des chambres restant grande ouvertes sur le deuxième étage.		Recommandation n°15 : Sensibiliser les professionnels à la nécessité de respecter l'intimité des résidents. S'assurer du consentement des résidents au maintien de la porte ouverte. REMARQUE LEVEE	

Remarque 16 : Les chambres des résidents de l'unité protégée n'ont pas de dispositif de fermeture adaptée permettant de se prémunir contre les risques d'intrusion.		Recommandation n°16 : Equiper les chambres de l'unité protégée d'un dispositif de fermeture anti-intrusion adapté. REMARQUE MAINTENUE (jusqu'à la mise en œuvre effectif du dispositif anti-intrusion)	
Remarque 17 : Les risques relatifs à la sécurité des équipements et à la sécurité incendie ne sont pas correctement maîtrisés.		Recommandation n°17 : Sécuriser immédiatement l'accès aux équipement électriques et de sécurité : * Fixer les grilles des trappes de désenfumage * Rendre inaccessible aux résidents les dispositifs électriques d'asservissement * Fixer le radiateur au mur (chambre 434B) REMARQUE LEVEE	
Remarque 18 : Le système de sonnette présente une défaillance majeure pour le confort sonore des résidents et peut être		Recommandation n°18 : Mettre en place un système de sonnette présentant le moins de nuisance sonore possible pour les résidents.	

source de stress supplémentaire pour le personnel et les résidents.

REMARQUE LEVEE PARTIELLEMENT

Recommandation n°18 modifiée comme suit :
Recueillir le niveau de satisfaction des résidents et du personnel sur le système d'appel malade une fois le dysfonctionnement levé et transmettre cette analyse à la mission.

Remarque 19 :

Une résidente présente un risque de dépression depuis son entrée en établissement. Ce risque est identifié dans son PVI mais n'a pas été réévalué et aucune mesure spécifique en lien avec son mal-être n'est proposé.

Recommandation n°19 :

Cf. recommandation n°22

REMARQUE LEVEE PARTIELLEMENT

Recommandation n°19 modifiée comme suit :
Prendre en compte la parole de la résidente et son mal-être en proposant un plan d'action pouvant aller jusqu'au changement d'établissement si la résidente le souhaite.

Remarque 20 :

Le classeur des régimes et habitudes alimentaires n'est pas systématiquement présent sur les chariots.

Recommandation n°20 :

Garantir la mise à disposition aux agents des informations relatives aux habitudes de vie des résidents.

REMARQUE LEVEE**Remarque 21 :**

Dans le classeur des régimes et habitudes alimentaires, seul le nom du résident est indiqué. Il n'y a pas la

Recommandation n°21 :

Compléter le classeur des régimes et habitudes alimentaires avec la photo de chaque résident.

photo du résident. Or c'est une information importante et facilitante pour le personnel nouveau.			REMARQUE LEVEE	
Remarque 22 : La mission n'a pas constaté de cadre formalisé pour la réévaluation et la révision des PVI.			Recommandation n°22 : Formaliser une procédure garantissant la réévaluation régulière et la mise en œuvre concrète d'actions des PVI.	
Remarque 23 : La réunion du matin à 9h30 avec l'encadrement et la direction intervient à un horaire non adapté en raison des toilettes et soins de nursing à réaliser le matin, ce qui peut générer, comme constaté le jour de la mission, un retard dans la réalisation des soins du matin, préjudiciable au bon déroulé de l'ensemble de la journée (décalages en cascade, retards sur les temps de pause, retards sur le service du déjeuner, etc.).			Recommandation n°23 : Organiser les différents temps de transmission entre professionnels à des horaires compatibles et non préjudiciables à la prise en charge des résidents.	
Remarque 24 : Les protections disponibles ne sont pas toujours adaptées à la morphologie du résident et les serviettes sont parfois en nombre insuffisant selon les entretiens menés.			Recommandation n°24: Mettre à disposition des résidents et des personnels les fournitures nécessaires et adaptées à la satisfaction de leurs besoins.	

<p>Remarque 28 :</p> <p>Deux résidentes servies en chambre et ne pouvant s'alimenter seules ne bénéficiaient toujours pas d'une aide au repas à 13h10, le repas étant froid.</p>		<p>Recommandation n°28 : Favoriser une organisation permettant la concomitance du service de repas et de l'aide à sa prise.</p> <p>REMARQUE PARTIELLEMENT LEVEE <u>Recommandation n°28 modifiée comme suit :</u> En cas de mode dégradé impactant les temps de repas, s'assurer de la distribution échelonnée des repas pour permettre une aide à la prise alimentaire au fur et à mesure de la distribution.</p>	
<p>Remarque 29 :</p> <p>Le turn-over des équipes soignantes crée une instabilité dans les horaires pour les résidents, ce qui est mal vécu par beaucoup d'entre eux.</p>		<p>Recommandation n°29 :</p> <p>Formaliser une procédure identifiant les priorités et conduites à tenir par les équipes en cas d'effectif dégradé afin de garantir aux résidents une stabilité minimale dans les horaires de prise en charge.</p> <p>REMARQUE LEVEE</p>	
<p>Remarque 30 :</p> <p>Il n'y a pas de plat de substitution simple, tel que de la purée comme l'a suggéré un salarié servant le repas.</p>		<p>Recommandation n°30 :</p> <p>Engager une réflexion sur le rapport au goût des résidents dans une optique de prévention de la dénutrition.</p> <p>REMARQUE LEVEE</p>	
<p>Remarque 31 :</p>		<p>Recommandation n°31 :</p> <p>Mettre en place une organisation permettant la traçabilité des soins en temps réel.</p>	

<p>La traçabilité des soins n'est pas effectuée au fur et à mesure de leur réalisation.</p>		<p>REMARQUE LEVEE</p>	
<p>Remarque 32 :</p> <p>Les directives anticipées ne font pas l'objet d'un recueil systématique.</p>		<p>Recommandation n°32 :</p> <p>Garantir l'information de la possibilité de recueil par la structure des directives anticipées auprès des résidents et de leur famille.</p> <p>REMARQUE LEVEE</p>	
<p>Remarque 33 :</p> <p>L'établissement ne s'inscrit pas de manière effective dans le dispositif astreinte IDE de nuit.</p>		<p>Recommandation n°33 :</p> <p>Poursuivre les actions permettant la mise en œuvre effective de l'astreinte IDE de nuit dans l'établissement.</p> <p>REMARQUE LEVEE</p>	