

Le directeur général

Lille, le 13 JUIL. 2023

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2022-HDF-0261

LETTRÉ RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RÉCEPTION

Madame la gérante,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2022, l'EHPAD Résidence Saint-Jacques à COMPIEGNE sis 1 rue de la surveillance à COMPIEGNE (60200) 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 24 octobre 2022.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 04 mai 2023.

En l'absence de présentation d'observations de votre part dans les délais impartis, la procédure contradictoire est désormais close. En conséquence, vous trouverez, dans le tableau joint en annexe, la liste des mesures correctives que je vous demande de mettre en œuvre dans les délais indiqués, qui courent à compter de la réception de la présente.

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-

Madame Grazyna ROGE
Gérante
SARL Résidence Saint-Jacques
1 rue de la surveillance
60200 COMPIEGNE

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 dans le délai de deux mois à compter de leur notification.

Je vous prie d'agréer, Madame la gérante, 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 envisagées

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Résidence Saint Jacques à COMPIEGNE (60200) initié le 24 octobre 2022

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescription (P)/ Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective
E.9	L'inconstance et l'insuffisance des effectifs présents par poste horaire, 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 L311-3-3° du CASF.	P1 : Prévoir les effectifs suffisant en nombre et en qualification afin d'assurer une bonne prise en charge des résidents.	2 mois	
E.7	Le temps de travail du médecin coordonnateur n'est pas conforme aux dispositions de l'article D.312-156 du CASF.	P2 : Mettre en conformité le temps de travail du médecin coordonnateur conformément à la législation en vigueur.	2 mois	
E.8	Les qualifications du médecin coordonnateur ne répondent pas aux exigences de l'article D.312-157 du CASF.	P3 : Engager le médecin coordonnateur dans une formation afin de satisfaire les exigences de l'article D. 312-157 du CASF.	6 mois	
E.14	L'établissement facture en supplément au résident ou à sa famille une prestation relevant du socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les EHPAD, contrairement au décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.	P4 : Revoir les modalités de facturation aux usagers, ces derniers ne devant pas être redevables de prestations relevant du socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les EHPAD, contrairement au décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.	Dès réception du rapport	
E.15	Tous les résidents ne bénéficient pas d'un projet personnalisé actualisé ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-155-0-3° et D.311 du CASF.	P5 : Actualiser les projets personnalisés de tous les résidents au cours de l'année 2023 conformément aux dispositions de l'article D.312-155-0-3° et D.311 du CASF.	6 mois	

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescription (P)/ Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective
E.2 E.3	E.2 : En n'ayant pas été consulté par le CVS et ne précisant pas ses modalités d'élaboration, le projet d'établissement contrevient aux dispositions de l'article L.311-8 du CASF.	P6 : Mettre en conformité le projet d'établissement conformément à la législation en vigueur : <ul style="list-style-type: none"> - en le soumettant à consultation du CVS ; - en y intégrant le plan bleu. 	3 mois	
	E.3 : Le projet d'établissement ne contient pas un plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique contrairement aux dispositions de l'article D312-160 du CASF.			
E.10 E.11	E.10 : Le projet de soins n'est pas intégré dans le projet d'établissement et ne contient pas de plan de formation spécifique du personnel concernant les soins palliatifs, ce qui est contraire aux dispositions des articles D.312-158 et D311-38 du CASF.	P7 : Mettre en conformité le projet de soins selon les dispositions des articles D.312-158 et D311-38 du CASF.	3 mois	
	E.11 : En l'absence des précisions sur ses modalités d'élaboration, le projet de soins contrevient aux dispositions de l'article D.312-158 du CASF.			

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescription (P)/ Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective
E.5	En l'absence de précisions sur les actions de prévention et de lutte contre la maltraitance et sur les coordonnées des autorités administratives, ainsi qu'en l'absence de la Charte des droits et des libertés en annexe, le livret d'accueil n'est pas conforme à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 ainsi qu'à l'article L.311-4 du CASF.	P8 : Mettre à jour le livret d'accueil conformément à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 ainsi qu'à l'article L.311-4 du CASF.	1 mois	
E.4	Le règlement de fonctionnement n'est pas conforme aux articles L.311-7 ; R.311-35 et R.311-37 du CASF.	P9 : Mettre en conformité le règlement de fonctionnement selon les dispositions des articles L.311-7 ; R.311-35 et R.311-37 du CASF.	3 mois	
E.13	Le contrat de séjour ne répond pas à toutes les exigences de l'article L.311-4 du CASF.	P10 : Mettre en conformité le contrat de séjour selon les exigences légales et réglementaires en vigueur.	2 mois	
E.6	Le fonctionnement du CVS n'est pas conforme aux dispositions des articles D311-3 et suivants du CASF.	P11 : Assurer un fonctionnement conforme du CVS : <ul style="list-style-type: none"> - le réunir 3 fois par an ; - établir systématiquement des relevés de conclusions et les faire signer par le président du conseil ; - mettre à jour le règlement intérieur. 	3 mois	
E.12	Le RAMA n'est pas rédigé ce qui contrevient à l'article D.312-158 et D.312-155-3 alinéa 9 du CASF.	P12 : Rédiger le RAMA et le soumettre pour avis à la commission de coordination gériatrique conformément à la réglementation.	3 mois	

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescription (P)/ Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective
E.16	Dans la mesure où la collation nocturne n'est pas proposée systématiquement aux résidents, le temps de jeûne 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.	P13 : Proposer de façon systématique la collation nocturne aux résidents et adapter les horaires des repas afin que la durée du jeûne nocturne soit inférieure à 12h.	Dès réception du rapport	
E.1	L'établissement n'a pas mis en place une commission de coordination gériatrique ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-158, 3° du CASF.	P14 : Mettre en place une commission de coordination gériatrique, conformément à l'article de l'article D.312-158, 3° du CASF.	2 mois	
R.8	Le procès-verbal des dernières élections n'a pas été transmis.	R1 : Transmettre à la mission de contrôle de procès-verbal des dernières élections du CVS.	1 mois	
R.18 R.11	<p>R.18 : En l'absence de transmission d'un plan de formation et au regard des pièces transmises, l'établissement ne prévoit pas suffisamment de formations concernant la prise en charge des résidents et les spécificités du public accueilli.</p> <p>R.11 : Le personnel n'est pas formé à la déclaration des événements indésirables.</p>	<p>R2 : Elaborer un plan de formation comprenant des formations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - concernant les spécificités du public accueilli ; - concernant déclaration des événements indésirables. 	2 mois	

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescription (P)/ Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective
R.2	L'organisation de la direction décrite au travers des documents reçus n'est pas suffisamment claire et ne permet pas à la mission de contrôle de distinguer les missions et rôles de chacun.	R3 : Préciser à la mission de contrôle l'organisation de la fonction de direction et les rôles de chacun.	1 mois	
R.6 R.7	R.6 : L'établissement ne réalise pas de CODIR de façon régulière. R.7 : L'établissement ne réalise pas des comptes rendus des réunions CODIR.	R4 : Organiser des CODIR de façon régulière et établir des comptes rendus à chaque réunion.	1 mois	
R.10 R.13	R.10 : La procédure de gestion interne des événements indésirables n'est pas suffisamment formalisée. R.13 : La procédure de gestion des événements indésirables ne prévoit pas de RETEX.	R5 : Formaliser une procédure de gestion interne des événements indésirables mentionnant la réalisation de RETEX.	2 mois	
R.12	La procédure de gestion externe des événements indésirables et événements indésirables graves liés aux soins n'est pas formalisée.	R6 : Formaliser une procédure de gestion externe des événements indésirables.	3 mois	
R.19	La procédure d'admission est incomplète.	R7 : Compléter la procédure d'admission.	2 mois	

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescription (P)/ Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective
R.14	La procédure d'accueil du nouvel arrivant est incomplète.	R8 : Compléter la procédure d'accueil du nouvel arrivant.	2 mois	
R.23	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux troubles du comportement, aux changes et prévention de l'incontinence, aux soins palliatifs, à la fin de vie, aux contentions, relative à prévention de la maltraitance, aux actes infirmiers et de nursing etc.	R9 : Elaborer de nouveaux protocoles relatifs aux spécificités de la prise en charge du public accueilli.	6 mois	
R.24	L'établissement n'a pas transmis les feuilles de présences aux sensibilisations des protocoles.	R10 : Transmettre les feuilles de présences aux sensibilisations des protocoles.	1 mois	
R.22	Les transmissions écrites ne sont pas informatisées.	R11 : Rédiger les transmissions écrites sur un support informatisé.	3 mois	
R.3	L'établissement n'a pas communiqué les diplômes du deuxième gérant, la directrice.	R12 : Transmettre à la mission de contrôle les diplômes de la directrice.	Dès réception du rapport	

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescription (P)/ Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective
R.5	L'organisation de la permanence de direction n'est pas formalisée.	R13 : Formaliser dans un document l'organisation de la permanence de direction en l'absence du directeur pour garantir un fonctionnement optimal et pour diminuer la vulnérabilité organisationnelle en cas d'aléas.	2 mois	
R.16 R.4 R.9	R.16 : Le personnel ne dispose pas de fiche de poste.	R14 : Rédiger des fiches de postes pour l'ensemble du personnel de jour et de nuit.	1 mois	
	R.4 : Les directeurs ne possèdent pas de fiche de poste.			
	R.9 : Le médecin coordonnateur ne dispose pas d'une fiche de poste précisant les missions qui lui sont dévolues au regard de l'article D.312-158 du CASF.			
R.17	L'établissement n'a transmis aucune feuille d'émargement relative aux sensibilisations ou formations internes, ce qui ne permet pas de les valoriser.	R15 : Transmettre les feuilles d'émargement relatives aux formations internes.	1 mois	
R.21	L'établissement n'a pas transmis les résultats des délais de réponses aux dispositifs d'appel malade.	R16 : Transmettre les résultats des délais de réponses aux dispositifs d'appel malade.	1 mois	
R.15	Les plannings transmis manquent de précisions sur l'organisation des équipes en termes d'horaires et d'agents présents le dimanche.	R17 : Préciser à la mission de contrôle l'organisation et le fonctionnement des équipes le dimanche.	1 mois	

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescription (P)/ Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective
R.20	Les informations transmises concernant les horaires des repas ne sont pas concordantes.	R18 : Mettre à jour les documents institutionnels en précisant les horaires des repas.	2 mois	
R.26	L'établissement n'a pas conclu de partenariat avec une officine.	R19 : Conclure un partenariat avec une officine.	2 mois	
R.25	La liste des conventions de partenariats transmise est incomplète.	R20 : Mettre à jour la liste des conventions de partenariats conclues par l'établissement.	1 mois	
R.1	L'organigramme n'est pas daté.	R21 : Dater l'organigramme	1 mois	