

Le directeur général

Lille, le - 2 NOV. 2023

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023_HDF_00166



LETTER RECOMMENDED WITH ACCUSE RECEIPT

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Carpe Diem Royallieu sis 2 rue Charles Gand 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 09 mai 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 05 septembre 2023.

Par courriel reçu par mes services le 13 et 22 septembre 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

Monsieur Stéphane GILIBERT
Président de la société CARPE DIEM ROYALLIEU
2 rue Charles GAND
60200 COMPIEGNE

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, 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

Copie à la directrice de l'établissement

Pièce jointe:

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

Mesures envisagées

Contrôle sur pièces de l'EHPAD CARPE DIEM ROYALLIEU à COMPIEGNE (60200) initié le 09/05/2023

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
E.12	L'insuffisance des effectifs qualifiés présents la journée par poste horaire ne permet pas d'assurer une prise en charge et un accompagnement sécurisé et de qualité, ce qui ne respecte pas les dispositions de l'article L311-3-1° du CASF.	P1 : Prévoir quotidiennement les effectifs qualifiés suffisants afin de garantir la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents conformément aux dispositions de l'article L. 311-3-3° du CASF.	1 mois	
E.13	La présence de personnel en UVA n'est pas suffisante le matin de 07h00 à 08h00 et le soir de 19h00 à 20h00 suite au départ de l'aide-soignante ou de l'aide médicopsychologique ce qui ne permet pas d'assurer une prise en charge et un accompagnement sécurisé et de qualité, ce qui ne respecte pas les dispositions de l'article L311-3-1° du CASF.	P2 : Prévoir quotidiennement une présence continue en UVA afin de garantir la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents conformément aux dispositions de l'article L. 311-3-3° du CASF.	2 mois	
E.10	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'Etat d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, sont réalisées par des auxiliaires de vie ; 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.	P3 : Mettre fin aux glissements de tâches afin de garantir une prise en charge de qualité aux résidents.	1 mois	
E.7	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	

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
E.11	L'établissement ne dispose pas de médecin coordonnateur au jour du contrôle, ce qui contrevient à l'article D. 312-155-0 du CASF.	P5 : Recruter un médecin coordonnateur dont le temps de travail est conforme à la réglementation en vigueur.	3 mois	
E.8	En ne disposant pas du bulletin du casier judiciaire national et du diplôme dans le dossier de tous les salariés, 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.	P6 : Transmettre les casiers judiciaires et diplômes des personnels soignants de l'établissement à la mission de contrôle et s'assurer de la concordance des contrats avec la qualification des agents et du renouvellement des casiers judiciaires.	1 mois	
E.9	En l'absence de signalement des événements indésirables aux autorités compétentes, l'établissement contrevient aux dispositions de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.	P7 : Signaler les événements indésirables aux autorités compétentes conformément aux dispositions de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.		
E.6	En l'absence de précisions sur les actions de prévention et de lutte contre la maltraitance et sur le numéro dédié à l'écoute des situations de maltraitance et les coordonnées des autorités administratives, le livret d'accueil n'est pas conforme à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.	P8 : Mettre en conformité le livret d'accueil en incluant les actions menées en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance ainsi le numéro d'écoute des situations de maltraitance ainsi que les coordonnées téléphoniques des autorités administratives conformément à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.	3 mois	
E.2	Les modalités d'organisation du CVS ne sont pas conformes aux dispositions des articles L. 311-6, D. 311-3 et suivants du CASF.	P9 : Assurer un fonctionnement du CVS conforme aux dispositions des articles L. 311-6, D. 311-3 et suivants du CASF.	4 mois	
E.3 E.4 E.14	En ne précisant ni sa période de validité ni la date de consultation du CVS, le projet d'établissement contrevient aux dispositions de l'article L.311-38 du CASF. En n'étant ni finalisé ni annexé au projet d'établissement, le plan bleu n'est pas conforme à l'instruction ministérielle du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD ni à l'article D. 312-160 CASF.	P10 : Réviser le projet d'établissement en précisant sa période de validité, en y intégrant un projet de soins conforme aux dispositions en vigueur et en y annexant le plan bleu.	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
	En ne précisant pas les mesures propres à assurer les soins palliatifs ni les plans de formations spécifiques du personnel en n'ayant pas été consulté par le CVS, le projet d'établissement contrevient aux dispositions de l'article D.311-38 du CASF.			
E.5	En ne précisant pas sa période de validité et en n'ayant pas été consulté par le CVS et les instances représentatives du personnel, le règlement de fonctionnement ne respecte pas les dispositions de l'article R.311-33 du CASF.	P11 : Préciser la période de validité du règlement de fonctionnement et le présenter au CVS ainsi qu'aux instances représentatives du personnel conformément à l'article R.311-33 du CASF.	3 mois	
E.16	Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions de l'article D.311 du CASF.	P12 : Mettre à jour le contrat de séjour en précisant la liste des prestations d'hébergement compris dans le socle de prestations en vigueur, l'obligation pour les professionnels de santé libéraux de conclure un contrat avec l'établissement et se mettre en conformité par rapport à la nouvelle législation en termes d'offre de prestations et de facturation de la chambre suite au décès du résident.	3 mois	
E.1	La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée ce qui est contraire à l'article D. 312-158 du CASF.	P13 : Mettre en place une commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	6 mois	
E.15	Le RAMA n'est pas conforme à l'article D. 312-155-3 alinéa 9 du CASF.	P14 : Rédiger un RAMA conforme à l'article D. 312-155-3 alinéa 9 du CASF.	6 mois	
R.4	La politique de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance n'est pas valorisée dans les documents institutionnels.	R1 : Valoriser les actions réalisées dans le cadre de la politique de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance lors de la rédaction des documents intentionnels.	3 mois	
R.5	L'établissement n'a pas mis en place une démarche d'amélioration continue de la qualité.	R2 : Mettre en place une démarche d'amélioration continue de la qualité au sein de l'établissement notamment via la réalisation d'un bilan des réclamations, d'enquêtes de satisfaction annuelle et la rédaction d'un plan d'actions portant sur la maîtrise des risques et l'amélioration continue de la qualité.	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
R.6 R.7	L'établissement ne dispose pas d'une procédure de gestion interne des évènements indésirables.	R3 : Elaborer une procédure de gestion interne des évènements indésirables ainsi qu'une procédure de déclaration externe des évènements indésirables graves et graves associés aux soins aux autorités administratives ainsi qu'au Procureur de la République.	3 mois	
	La procédure de déclaration des évènements indésirables graves et graves associés aux soins est incomplète.			
R.9 R.10	L'établissement ne dispose pas d'une infirmière coordinatrice depuis fin février 2023. Au regard du nombre d'infirmière coordinatrice recruté ces 2 dernières années, la mission de contrôle constate une instabilité de la fonction de coordination des soins.	R4 : Procéder au recrutement d'une infirmière coordinatrice et étudier les causes du turn over IDEC, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	3 mois	
R.17	Les informations transmises par l'établissement ne concordent pas avec les documents transmis.	R5 : Apporter des précisions à la mission de contrôle quant aux similitudes des feuilles d'émargement transmises et au manque de concordances entre les déclarations de l'établissement et les documents communiqués.		
R.15	Au jour du contrôle, chaque résident ne dispose pas d'un projet d'accompagnement personnalisé réévalué depuis moins d'un an.	R6 : Actualiser les projets personnalisés des résidents et ce, à minima une fois par an.	6 mois	
R.2	Au jour du contrôle, aucune réunion institutionnelle n'est organisée au sein de l'établissement.	R7 : Mettre en place des réunions institutionnelles de façon régulière et établir des comptes rendus.		
R.1	Les liens entre le directeur de l'établissement et l'organisme gestionnaire ne sont pas formalisés.	R8 : Mettre en place des réunions institutionnelles de façon régulière entre le directeur de l'établissement et le gestionnaire et en assurer une traçabilité.	3 mois	
R.8	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'accueil du nouvel arrivant et le livre d'accueil n'est pas à jour.	R9 : Etablir une procédure d'accueil du nouvel arrivant.	4 mois	
R.14	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'admission.	R10 : Etablir une procédure d'admission du résident, de la réception de son dossier à son jour d'entrée.	4 mois	
R.16	L'absence de chevauchement des postes ne permet pas aux équipes de réaliser des transmissions orales.	R11 : Faire chevaucher les postes entre les équipes afin de mettre en place des temps de transmissions orales et de faciliter le partage de l'information et améliorer la prise en charge du résident.	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
R.18 R.19	Certains protocoles ne sont pas formalisés, notamment concernant les troubles du comportement l'hydratation et la nutrition, les changes et l'incontinence, les soins palliatifs et la fin de vie.	R12 : Elaborer des protocoles en concertation avec les équipes notamment des protocoles relatifs à : <ul style="list-style-type: none"> - aux troubles du comportement ; - l'hydratation et la nutrition/dénutrition ; - aux changes ; - l'incontinence ; - les soins palliatifs et la fin de vie. Les porter à connaissance des équipes et en assurer une traçabilité.	6 mois	
	Les protocoles ne sont pas élaborés en concertation avec les équipes.			
R.11 R.12	Le taux d'absentéisme n'a pas été transmis à la mission de contrôle.	R13 : Transmettre à la mission de contrôle les taux d'absentéisme et de turn over afin de s'assurer que ceux-ci sont corrects.		
	Le taux de turn over n'a pas été transmis à la mission de contrôle.			
R.13	En l'absence de transmission de l'ensemble des feuilles d'émargement, la mission contrôle ne peut garantir l'organisation régulière de sensibilisations internes et de formations externes.	R14 : Transmettre l'ensemble des feuilles d'émargement aux sensibilisations internes et formations externes.		
R.20	L'ensemble des conventions de partenariat n'ont pas été transmises à la mission de contrôle.	R15 : Transmettre à la mission de contrôle une liste comprenant l'ensemble des conventions de partenariats conclus avec leur date de conclusion.	1 mois	
R.3	L'établissement n'a pas transmis les documents relatifs au fonctionnement du CVS notamment les comptes rendus, le règlement intérieur et le procès-verbal attestant de sa composition.	R16 : Transmettre à la mission de contrôle les éléments demandés, à savoir les comptes rendus 2021, 2022 et ceux de 2023, le règlement intérieur du CVS ainsi que le procès verbal attestant de sa composition.		