

Le directeur général

Lille, le 25 AOUT 2023

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023-HDF-00110


LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le directeur général,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Rond Royal sis 2, rue de l'Aigle à Compiègne (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 11 avril 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 9 juin 2023.

Par courrier reçu par mes services le 5 juillet 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 Stéphane GILIBERT
Directeur Général
SA Le Rond Royal Les Sablons
2, rue de l'Aigle
60200 COMPIEGNE

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.

Copie à Madame Fabienne BOCAERT, directrice de l'établissement.

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Rond Royal à COMPIEGNE (60200) initié le 11/04/2023

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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)
E9	L'inconstance des effectifs en nombre et en qualification présents la journée et la nuit 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.			
E6	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 soins ; 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.	Prescription 1 : Prévoir quotidiennement les effectifs suffisants en nombre et en qualification, y compris en UVA, afin de garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents conformément aux dispositions de l'article L311-3-1° du CASF.	1 mois	
R13	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.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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)
E8	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 2 : Mettre en conformité le temps de travail du médecin coordonnateur conformément à l'article D.312-156 du CASF.	3 mois	
E1	La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée ce qui est contraire à l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 3 : Mettre en place une commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	6 mois	
E2	L'établissement ne dispose pas d'un CVS constitué et actif conformément aux dispositions de l'article L. 311-6 du CASF.			
E3	En l'absence de précisions sur la date de consultation du CVS, le projet d'établissement n'est pas conforme aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.	Prescription 4 : Mettre à jour les outils de loi 2002-2 conformément aux réglementations associées :		
E4	En l'absence de consultation du CVS et des instances représentatives du personnel dans l'élaboration du règlement de fonctionnement, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R311-33 du CASF.	<ul style="list-style-type: none"> - Constituer un CVS conformément aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF. - Réviser le projet d'établissement ; - Mettre à jour le règlement de fonctionnement ; - Mettre à jour le livret d'accueil ; - Définir un projet général de soins ; 	6 mois	
E5	Le livret d'accueil n'est pas conforme aux exigences de l'article L. 311-4 du CASF et à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.			
E10	En ne disposant pas d'un projet général de soins en vigueur, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	Réviser le contrat de séjour.		
E12	En ne prévoyant pas la remise du contrat de séjour 15 jours suivant l'admission et remis à la direction au maximum à 1 mois de l'admission, celui-ci contrevient aux dispositions de l'article D. 311 du CASF.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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	En l'absence de signalement des évènements indésirables aux autorités compétentes, l'établissement contrevert aux dispositions de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.	Prescription 5: Mettre en place une politique de signalement 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.	3 mois	
E11	Le rapport annuel d'activité médicale n'est pas rédigé contrairement aux dispositions des articles D. 312-158 et D. 312-155-3 du CASF.	Prescription 6: Formaliser un rapport annuel d'activité médicale conformément aux dispositions des articles D. 312-158 et D. 312-155-3 du CASF.	6 mois	
R4	La mission de contrôle constate que les extraits de casier judiciaire ne sont pas régulièrement renouvelés (cf. annexe 3).	Recommandation 1: Transmettre les casiers judiciaires du personnel soignant.	1 mois	
R14	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé en 2021 et 2022 sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 2: Étudier les causes du taux d'absentéisme et des taux de turn over des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.		
R15	L'établissement a précisé un taux de turn over des équipes élevé en 2020, 2021 et 2022 sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.			
R8	L'établissement ne dispose pas d'une procédure interne de gestion des évènements indésirables.	Recommandation 3: Formaliser une procédure de gestion interne et une procédure de gestion externe de gestion des évènements indésirables.	3 mois	
R10	L'établissement ne dispose pas d'une procédure de déclaration externe des événements indésirables.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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)
R5	L'établissement ne réalise pas de bilan annuel effectif des réclamations et plaintes et n'a pas de traçabilité sur l'ensemble des déclarations.	Recommandation 4 : Dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité, réaliser le bilan annuel des réclamations et plaintes des usagers.	3 mois	
R7	Les actions engagées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité ne sont pas formalisées dans un plan global d'actions.	Recommandation 5 : Rédiger un plan d'action concernant les actions d'amélioration continue de la qualité.	3 mois	
R9	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation des personnels à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.	Recommandation 6 : Transmettre l'ensemble des feuilles d'émargement relatives à la formation des personnels à la déclaration des événements indésirables.	1 mois	
R2	Aucune réunion institutionnelle n'est organisée au sein de l'EHPAD au jour du contrôle.	Recommandation 7 : Mettre en place des réunions institutionnelles au sein de l'établissement.	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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)
R17	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'élaboration et de révision du projet personnalisé.	Recommandation 8 : Formaliser une procédure d'élaboration et de gestion du projet d'accompagnement personnalisé.	3 mois	
R11	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'accueil du nouvel arrivant.	Recommandation 9 : Etablir une procédure d'accueil du nouvel arrivant.	3 mois	
R12	Le nouvel arrivant ne bénéficie pas d'un accompagnement par un pair.			
R3	La politique de prévention et de lutte contre la maltraitance n'est pas élaborée en lien avec les équipes.	Recommandation 10 : Inclure les équipes dans l'élaboration de la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance.	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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)
R6	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuellement.	Recommandation 11 : Réaliser une enquête de satisfaction globale de manière régulière.	1 mois	
R19	Les protocoles ne sont pas élaborés en concertation avec les équipes.	Recommandation 12 : Inclure les équipes dans le processus d'élaboration des protocoles.	3 mois	
R18	Dans le cadre de l'étude de la démarche d'amélioration continue de l'établissement, les résultats des études sur les délais de réponse aux appels malade n'ont pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 13 : Transmettre les résultats des études sur les délais de réponse aux appels malade.	3 mois	
R1	Les réunions entre la direction et l'organisme gestionnaire ne sont pas formalisées.	Recommandation 14 : Formaliser les réunions entre la direction et l'organisme gestionnaire.	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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)
R16	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 15 : Mettre à jour la procédure d'admission en équipe pluridisciplinaire et l'appliquer.	3 mois	