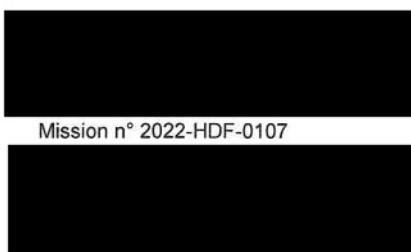




Le Directeur général



Mission n° 2022-HDF-0107



Pas-de-Calais
Le Département

Le Président du conseil départemental
du Pas-de-Calais
Direction de l'autonomie et de la santé

Lille, le 17 NOV. 2022

LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le Directeur Général

Dans le cadre du programme régional d'inspection-Contrôle 2022, l'EHPAD Les Jardins d'Arcadie situé à SAINT-MARTIN- BOULOGNE a fait l'objet d'une inspection inopinée en application des articles L 313-3 et suivants du code de l'action sociale et des familles afin de s'assurer :

- que les conditions d'installation, d'organisation et de fonctionnement de l'EHPAD ne présentent pas de risques susceptibles d'affecter la prise en charge des personnes accueillies ou le respect de leur droit ;
- qu'un dispositif de lutte contre la maltraitance existe et est de nature à répondre aux obligations réglementaires ;
- que les financements alloués dans le cadre de la crise sanitaire Covid-19 concordent avec les sommes dépensées à cet égard .

Cette inspection a été réalisée le 13 mai 2022 de manière inopinée.

Le rapport d'inspection ainsi que les décisions envisagées vous ont été notifiés le 05 août 2022.

Par courrier reçu par mes services le 12 septembre 2022, vous avez présenté vos observations concernant les mesures correctives envisagées.

Au regard de votre courrier, la mission d'inspection n'a pas apporté de modification au rapport. En revanche des modifications ont été apportées aux mesures. En conséquence, vous trouverez ci-joint les décisions finales, qui closent la procédure contradictoire.

Monsieur Lionel SERBAT
Directeur Général
Groupe BRIDGE
111 rue de Longchamp
75116 PARIS

A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

J'ai pris bonne note des mesures et des engagements destinés à prendre en compte l'ensemble des propositions de la mission d'inspection.

Le contrôle de leur mise en œuvre sera assuré, à l'ARS, par le pôle de proximité territorial du Pas-de-Calais de la direction de l'Offre Médico-Sociale, en charge du suivi de votre établissement et, pour le Département du Pas-de-Calais, le bureau de la qualité (direction de l'autonomie et de la santé). Ainsi, vous voudrez bien lui transmettre, dans le respect des échéances fixées, le tableau des décisions finales complété par les délais de mise en œuvre effectifs des actions prévues, ainsi que les documents demandés dans le respect des délais fixés.

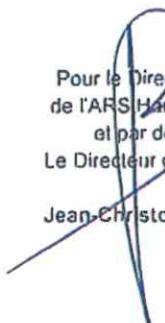
Je vous laisse juger de l'opportunité de transmettre les mesures définitives au directeur de l'établissement concerné.

Je vous informe que votre établissement peut être inscrit en commission des suites d'inspection que je préside.

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.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Directeur Général, l'assurance de notre considération distinguée.

Pour le Directeur général
de l'ARS Hauts-de-France
et par délégation
Le Directeur général adjoint
Jean-Christophe CANLER



Le Directeur du pôle solidarités


Patrick GENEVAUX

Pièce jointe :

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

Mesures correctives à mettre en œuvre
Inspection du 13 Mai 2022 de l'EHPAD Les Jardins d'Arcadie

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité)		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre	Délai de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E1	Ecarts n°1 : En en répondant pas aux normes existantes en la matière, le local DASRI de l'EHPAD contrevient avec les dispositions de l'article 8 de l'arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activité de soins (...).	Prescription : réaliser les travaux nécessaires afin que le local DASRI réponde aux obligations légales.	8 mois	
E2	Écart n°2 : En n'ayant pas affiché le règlement de fonctionnement sur les tableaux présents au sein de la structure, le service ne respecte pas les dispositions de l'article R311-34 du CASF.	Prescription : Afficher le règlement de fonctionnement	<i>1 mois</i>	<i>Dont acte – écart levé</i>
E3	Écart n° 3 : En ne possédant son propre DAE et la signalétique associée, l'établissement ne répond pas à l'obligation issue du décret 2018-1186 du 19 décembre 2018 et de l'arrêté du 29 octobre 2019 relatif aux défibrillateurs automatisés externes et à leurs modalités de signalisation dans les lieux publics et les établissements recevant du public.	Prescription : Régulariser la situation de l'EHPAD en la matière sans omettre la mise en place de la signalétique inhérente.	<i>1 mois</i>	<i>Dont acte – écart levé</i>
E4	Écart n° 4 : En ne disposant pas d'un règlement de fonctionnement réactualisé et complet, l'établissement ne répond pas aux dispositions des articles R. 311-33 et suivants du CASF.	Prescription : Actualiser et compléter le règlement de fonctionnement + l'annexer au livret d'accueil	8 mois	
E5	Écart n° 5 : en ne comportant pas le règlement de fonctionnement en annexe, le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions de l'article L311-4 du CASF.			<i>Dont acte – écart levé</i>

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité)		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre	Délai de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E6	Écart n° 6 : En ne disposant pas d'un projet d'établissement réactualisé et établi après consultation du conseil de vie sociale, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.	Prescription : réactualiser le projet d'établissement	Fin 2022 Mars 2023	
E7	Écart n° 7 : En occupant le poste d'IDEC sur les deux structures dont il a la responsabilité, le directeur outrepasse ses missions issues de l'article D. 312-176-5 (al. 3) (quatre grands champs de compétences).	Prescription : Faire cesser les glissements de tâches - recruter un IDEC / ou former en interne un infirmier à la coordination des soins.	immédiat Fin 2022	
E8	Écart n° 8 : L'absence de formalisation des modalités de remplacement et la présence minimale des effectifs ne permettent pas le remplacement rapide des professionnels absents ce qui limite la prise en charge et l'accompagnement de qualité assurés auprès des résidents en application de l'article L. 311-3 3° du CASF.	Prescription : Etablir une procédure formalisant les modalités de remplacement des professionnels. Mettre en place une organisation permettant d'assurer une qualité de prise en charge suffisante même en cas d'absence inopinée d'un professionnel.	8 mois	Dont acte – écart levé
E9	Écart n°9 : Le temps consacré à la coordination médicale à l'EHPAD est insuffisant au vu du nombre de résidents accueillis (art D 312-156 du CASF : EHPAD de moins 44 places : temps de médecin coordonnateur de 0,25 ETP).	Prescription : Augmenter le temps de présence du médecin coordonnateur à l'EHPAD de manière à ce qu'il puisse effectuer ses missions propres.	Fin 2022	
E10	Écart n°10 : En participant pas à la formation continue du personnel paramédical, (relecture des protocoles en équipe...) le médecin coordonnateur ne répond pas à ses missions définies à l'article D.312-158 du CASF	Prescription : Revoir les missions du médecin coordonnateur.	2 mois	

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité)		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre	Délai de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E11	Ecart n°11 : A ce jour, la composition du CVS ne répond pas aux obligations issues de l'article D 311-5 du CASF.	Prescription : Revoir la composition du CVS et anticiper la nouvelle réglementation en vigueur à compter du 1er janvier 2023	Fin d'année 2022	
E12	Ecart n°12 : En accueillant 32 résidents permanents au sein de l'EHPAD, l'établissement ne respecte pas sa décision d'autorisation en date du 14 avril 2016 qui limite sa prise en charge à 30 places d'hébergement permanent (L313-1 CASF).	Injonction : rétablir un accueil conforme à l'arrêté d'autorisation ou demander une modification des capacités d'accueil au regard de la population accueillie.	3 mois	Dont acte – écart levé
R1	Remarque n° 1 : En ne précisant pas les actions menées par l'établissement en matière de prévention de la maltraitance, le livret d'accueil n'est pas conforme à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.	Prescription : Compléter le livret d'accueil afin qu'il réponde à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.	6 mois	Dont acte
R2	Remarque n° 2 : La mission n'a pas eu communication de subdélégation du directeur à d'autres cadres dans les domaines prévus à l'article D312-176-5 du CASF. L'absence de document formalisant les subdélégations de compétence ou de signature de la direction à certains membres du personnel ne permet pas de clarifier les missions et champs de compétence des cadres.	Prescription : Etablir une subdélégation auprès des autres cadres de la structure.	2 mois	Dont acte
R3	Remarque n° 3 : L'absence de personnalisation des protocoles encadrant les	Recommandation : Personnaliser le protocole d'astreinte pour une meilleure visibilité et compréhension du rôle des professionnels concernés.	immédiat	

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité)		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre	Délai de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
	modalités d'astreinte dénature leur vocation et atténue la pertinence de leur existence.			
R4	Remarque n° 4 : <i>L'absence de compte rendu des réunions existantes empêche la traçabilité, le suivi et la bonne communication des informations.</i>	Recommandation : <i>Tracer davantage les temps de réunion.</i>	<i>-immédiat</i>	<i>Dont acte - remarque levée</i>
R5	Remarque n° 5 : La mission constate l'absence de processus d'analyse des pratiques, d'autoévaluation ou encore d'évaluation continue des équipes par les cadres en dehors des entretiens annuels. L'absence d'évaluation régulière des agents ne facilite pas la mise en place d'un accompagnement, par l'encadrement, destiné à prévenir de la maltraitance par la reconnaissance et la valorisation des talents et compétences de chaque professionnel (recommandation de l'ANESM, Missions du responsable d'établissement et au rôle de l'encadrement de la prévention et du traitement de la maltraitance..., décembre 2008).	Prescription : <i>Mettre en place un processus d'analyse des pratiques.</i>	6 mois	
R6	Remarque n° 6 : l'organigramme n'est pas à jour.	Recommandation : <i>Mettre à jour l'organigramme et effectuer des mises à jour dès que nécessaires</i>	1 mois	
R7	Remarque n° 7 : L'organisation actuelle des temps de transmission et notamment l'absence de temps de chevauchement entre les horaires ne permet pas d'assurer la circulation optimale des informations et ne respecte pas les	Prescription : <i>Intégrer dans les plannings des chevauchements des temps de travail (un matin, midi, et soir) afin de que ces temps soient comptabilisés durant le temps de travail des professionnels.</i>	2 mois 3 mois	

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité)		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre	Délai de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
	recommandations de l'ANESM (ANESM : la bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre - juin 2008).			
R8	Remarque n° 8 : <i>L'absence de traçabilité dans les plannings du temps d'AS occupée par l'animatrice ne relate pas la réalité de l'organisation du travail.</i>	Recommandation : mettre à jour le planning de l'AS/animatrice et clarifier ses missions ainsi que la section budgétaire finançant son ETP.	6 mois	<i>Dont acte – remarque levée</i>
R9	Remarque n° 9 : L'absence de plan de formation continue à destination de l'ensemble des professionnels de l'établissement ne permet pas de développer et d'enrichir les compétences individuelles et collectives des professionnels (recommandation ANESM, missions du responsable d'établissement et au rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance (...) dec 2008).	Prescription : Finaliser la plan de formation 2022 et le faire entrer en vigueur rapidement.	1 mois	
R10	Remarque n° 10 : En ne faisant pas de la thématique de la maltraitance l'objet d'une formation spécifique, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques formulées par l'ANESM qui recommande l'organisation de session de formation à destination de l'ensemble des professionnels en y associant les bénévoles et les libéraux (recommandation ANESM Mission du responsable d'établissement et le rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance - décembre 2008) / non conforme à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et	Prescription : Assurer une formation bientraitance aux professionnels	6 mois	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité)		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre	Délai de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
	au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.			
R11	Remarque n° 11 : L'EHPAD n'a pas mis en place d'espaces d'échanges sur les pratiques professionnelles ni sur les conditions de travail. De plus, il n'a mis en place aucun dispositif de soutien aux salariés. Cette organisation n'est pas conforme aux recommandations des pratiques professionnelles de la HAS-ANESM (mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées, juin 2008)	Recommandation : Mettre en place des espaces d'échanges sur les pratiques professionnelles et les conditions de travail. Protocoliser le soutien aux professionnels .	6 mois	
R12	Remarque n° 12 : L'organisation actuelle des transmissions entre les équipes aides-soignantes ne permet pas une circulation optimale des informations et ne facilite ni la continuité des prises en charge ni leur individualisation, elle n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques de l'HAS.	Prescription : S'assurer que les professionnels de la structure, travaillent en coordination et échangent les informations pertinentes pour la personne accueillie.	2 mois	
R13	Remarque n° 13 : L'absence de formalisation d'un cadre et d'outils adaptés de transmission et de partage d'informations entre les professionnels n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques de l'HAS.		3 mois	
R14	Remarque n° 14 : En ne respectant pas une amplitude horaire du jeûne nocturne inférieure à 12h, l'établissement ne répond pas aux recommandations de l'HAS (Stratégie de	Recommandation : Eviter une période de jeûne nocturne trop longue (> 12 heures) en retardant l'horaire du dîner, en avançant l'horaire du petit déjeuner et/ou en proposant une collation.	1 mois	

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité)		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre	Délai de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
	prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée -2007).			
R15	Remarque n° 15 : L'absence de formalisation de protocole "prise en charge de l'incontinence" à destination de l'équipe soignante, les soignants (médecin coordonnateur et paramédicaux), ne peut garantir une qualité optimale de prise en soins des résidents concernant la prévention de l'incontinence et sa prise en charge, et de la fréquence des changes.	Prescription : Vérifier les modalités de mise en œuvre d'une démarche continue de la qualité : appropriation des procédures ou des protocoles. S'assurer de l'existence des protocoles et de leur application. Travailler à ce que le personnel s'approprie et s'investisse davantage dans la rédaction, l'évaluation et la validation des protocoles de soins. Les protocoles et conduites à tenir sont à revoir en équipe ou en groupes de travail.	4 mois	
R16	Remarque n° 16 : En ne disposant pas d'un dispositif de recueil, de traitement et d'analyse des réclamations formalisé et opérationnel, l'EHPAD ne répond pas aux bonnes pratiques formulées par l'ANESM qui recommande " de formuler avec les professionnels les outils les plus pertinents pour le recueil et le suivi des plaintes, des réclamations, (...) (ANESM Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance, dec 2008).	Prescription : Assurer une traçabilité des actions correctives entreprises dans le cadre du traitement et du suivi des réclamations / doléances des familles.	3 mois	
R17	Remarque n° 17 : L'absence de connaissance par les professionnels du rôle des personnes qualifiées peut entraîner un risque dans la prise en charge des résidents accueillis.	Prescription : Informer le personnel des fonctions et missions des personnes qualifiées. Et afficher visiblement l'ensemble des personnes qualifiées tous territoires confondus	2 mois	Dont acte – remarque levée

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité)		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre	Délai de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
R18	Remarque n° 18 : Le poste d'animatrice est occupé par une AS sur la moitié de son temps de travail. En 2020 (ERRD 2020) l'ETP d'animatrice s'élevait à 0,91. Les missions et la répartition du travail entre ces 2 postes doivent être clarifiées.	Prescription : Clarifier les missions de l'AS/animatrice et la répartition financière inhérente à ses missions.	2 mois Prochaine transmission de l'ERRD	
R19	Remarque n° 19 : La mission constate l'absence de temps d'expression en dehors des CVS.	Prescription : Mettre en place des groupes d'expression / de parole, une commission animation : instances de développement du collectif et de la vie sociale. A la différence du CVS, qui est une instance représentative, ceux-ci réunissent des résidents qui peuvent ainsi y exprimer leurs points de vue ou leurs difficultés. Il peut être animé par un psychologue ou un animateur. Sensibiliser le personnel aux formes de participations collectives au sein des ESSMS (rappel de la réglementation sur le droit des personnes accueillies à participer pleinement à la vie de l'établissement en leur donnant la possibilité de se prononcer, d'émettre des avis sur le fonctionnement de l'EHPAD et/ou du service : enquête de satisfaction exploitée).	6 mois	
R20	Remarque n° 20 : L'absence de personnalisation par l'EHPAD des dispositifs existants empêche son efficience optimale. Aussi, l'absence d'appropriation par les professionnels des protocoles BRIDGE est confirmée.	Prescription : Mener un travail de personnalisation et d'appropriation par le personnel de l'EHPAD des outils, procédures, protocoles, charte et autres documents fournis par le Groupe BRIDGE.	6 mois	<i>Dont acte – remarque levée</i>
R21	Remarque n°21 : L'absence de référent bientraitance identifié au sein de l'EHPAD contrevient avec les recommandations de l'ANESM (guide de la bientraitance, 2008).	Recommandation : Nommer un référent Bientraitance au sein de l'établissement et communiquer sur son rôle et ses missions à partir de sa lettre de missions préalablement rédigée.	2 mois — 6 mois	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité)		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre	Délai de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
R22	Remarque n°22 : Le manque de personnalisation des protocoles et d'appropriation de ces derniers par les professionnels peuvent entraîner une rupture dans le circuit des modalités de gestion et de traitement des signalements/actes de maltraitance.	Prescription : Corriger la procédure de "Signalement d'acte de maltraitance" de manière à ce qu'elle soit adaptée à l'EHPAD + Rappeler aux professionnels la procédure interne de signalement des évènements indésirables.	2 mois	
R23	Remarque n°23 : L'absence de sensibilisation des professionnels à l'utilisation des FEI et à l'obligation de signalement des ESMS aux autorités administratives compétentes, ne permet pas de garantir l'effectivité des faits rencontrés au sein de la structure ainsi que leur traçabilité.	Prescription : Sensibiliser les professionnels à l'utilisation des fiches de signalement des évènements indésirables (FEI) afin de permettre la mise en œuvre d'une véritable politique de gestion des risques. Faire un rappel au personnel de l'obligation de signalement des ESSMS aux autorités administratives compétentes afin de donner du sens en interne à l'utilisation des FEI. Références législatives et réglementaires : - Loi AVS n°2015-1776 du 28/12/2015 introduisant l'article L331-8-1 dans le CASF, - Décret n°2016-1813 du 21/12/2016 relatif à l'obligation de signalement des ESSMS introduisant les articles R331-8 à 10 dans le CASF, - Arrêté du 28/12/2016 précisant la liste des dysfonctionnements et évènements et produisant un modèle type de formulaire de transmission de l'information aux autorités administratives. Mettre à jour les outils concernés et sensibiliser le personnel à la démarche qualité et à l'appropriation des outils en place.	2 mois	