

Le directeur général

**Le président du conseil départemental
du Pas-de-Calais**

**Direction de l'autonomie et de la santé
Service de la qualité et des
financements**

Lille, le **09 FEV. 2024**

Réf : 2023-D3SE-SDIC-NS
Mission n°2023-00114



LETTRÉ RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le Directeur Général,

Dans le cadre du programme régional d'inspection/contrôle pour l'année 2023, nous avons conjointement décidé de diligenter une inspection au sein de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) « Stenhuis », situé au 1 Rue Claudine Darras, à SAINT-OMER (62500), en application des articles L.313-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles et L1431-2 du Code de santé publique.

Le rapport d'inspection ainsi que les décisions envisagées vous ont été notifiés le 20 juillet 2023.

Par courrier reçu par mes services le 30 août 2023, vous avez présenté vos observations concernant le rapport et les mesures correctives envisagées.

Au regard de votre courrier, la mission d'inspection 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.

Monsieur Jean-François VITOUX
Directeur Général ARPAVIE
8 rue Rouget de Lisle,
92130 ISSY-LES-MOULINEAUX

Le contrôle de l'effectivité de mise en œuvre de ces mesures sera assuré conjointement par mes collaborateurs du pôle de proximité territorial du Pas-de-Calais de la direction de l'Offre Médico-Sociale de l'ARS en charge du suivi de votre établissement, et les professionnels du Conseil Département du Pas-de-Calais. Ainsi, vous voudrez bien leur transmettre, dans le respect des échéances fixées, le tableau des décisions finales complété par les délais de mise en œuvre effective des actions prévues ainsi que les documents demandés dans le respect des délais fixés.

Je vous laisse juger de l'opportunité de transmettre le rapport d'inspection 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 solidarité


Patrick GENEVAUX

Pièce(s) jointe(s) :

- Le rapport d'inspection
- Tableau listant les mesures envisagées

Mesures définitives
Inspection du 12 avril 2023 de l'EHPAD Résidence Stenhuis géré par Arpavie.

| | 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 à l'issue de la procédure contradictoire (sauf mention contraire) | Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire (sauf mention contraire) |
|----|---|--|--|--|
| E1 | Dans l'incapacité de fournir le nombre exact de résidents présents, l'établissement n'est pas en capacité de garantir la sécurité de ces derniers ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF. | <u>Prescription n°1</u> : S'accorder sur un registre des présents conforme à la réalité de l'accueil au sein de la structure. | Levée | |
| E2 | En affichant que tous les résidents sont bénéficiaires de l'aide sociale, l'établissement contrevient aux dispositions de l'arrêté conjoint de renouvellement de l'autorisation du 20 octobre 2016, article 3, qui stipule que l'établissement est habilité partiellement à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale à hauteur de 21 places d'hébergement permanent et 4 places d'hébergement temporaire. | <u>Prescription n°2</u> : Se conformer à l'arrêté conjoint d'autorisation du 20 octobre 2016. | Immédiat | |

| | | | | |
|----|--|---|--------|--|
| E3 | En ne disposant pas d'un règlement de fonctionnement complet, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R 311-34 CASF. | Prescription n°3 : Mettre en place un règlement de fonctionnement conforme aux dispositions de l'article R31134 du CASF. Mettre en œuvre la consultation du CVS sur ce document. | 6 mois | |
| E5 | En n'ayant pas consulté le conseil de la vie sociale, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF qui dispose que « le règlement est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ». | | | |
| E4 | En ne disposant pas de livret d'accueil, l'établissement n'est pas conforme aux dispositions de l'article L311-4 du CASF. | Prescription n°4 : Etablir un livret d'accueil conforme aux dispositions du CASF et aux recommandations relatives à la bientraitance. | Levée | |
| E6 | En ne disposant pas d'un plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique, le contenu du projet d'établissement n'est pas conforme aux dispositions de l'article D312160 du CASF. | Prescription n°5 : Mettre à jour le projet d'établissement afin qu'il réponde aux dispositions du CASF. | 6 mois | |
| E7 | En ne définissant pas les objectifs de l'établissement, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement, le projet d'établissement n'est pas conforme aux dispositions de l'article L311-8 du CASF. | | | |
| E8 | En ne respectant pas les modalités d'adoption du document unique de délégation et de qualification des professionnels chargés de la direction d'un établissement ou service médico-social de droit privé, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D 312-176-5 du CASF. | Prescription n°6 : Mettre à jour le document relatif à la délégation de signature. | Levée | |

| | | | | |
|-----|---|---|---------------|--|
| E9 | En n'organisant pas la continuité de la fonction de direction en l'absence du directeur, l'établissement ne garantit pas un encadrement hiérarchique suffisant et compromet son organisation ce qui peut entraîner un risque dans la prise en charge des usagers (L311-3 CASF). | Prescription n°7 : Organiser la continuité de la fonction de direction. | 3 mois | |
| E10 | En ne respectant pas les modalités d'organisation du CVS (invitation, ordre du jour) ainsi que la traçabilité des échanges (relevé de décision, compte-rendu), l'établissement ne garantit pas l'expression et la participation des résidents et contrevient aux dispositions de l'article D 311-20 du CASF. | Prescription n°8 : Mener un travail sur l'expression et la participation des usagers en respectant notamment les modalités d'organisation du CVS. | 6 mois | |
| E11 | En n'organisant pas d'élections pour se conformer aux nouvelles dispositions relatives à la composition et aux missions du CVS, l'établissement ne respecte pas les exigences réglementaires, décret n°2022-688 du 25 avril 2022 portant modification du conseil de la vie sociale et autres formes de participation. | | | |
| E12 | En employant des personnes non qualifiées à certains postes, l'établissement ne respecte pas les obligations issues de l'article L3121-II alinéa2 du CASF. | Prescription n°9 : Revoir l'organisation des ressources humaines afin de garantir que des personnes non qualifiées ne soient pas employées sur des postes qualifiés. | 3 mois | |
| E13 | En ne vérifiant pas la compatibilité des professionnels à exercer leurs fonctions l'établissement ne répond pas aux obligations issues de l'article L133-6 du CASF et ne garantit pas la sécurité des résidents pris en charge. | Prescription n°10 : Revoir tous les dossiers des professionnels afin de s'assurer de leur compatibilité avec le poste occupé. | 3 mois | |

| | | | | |
|-----|---|--|--------|--|
| E14 | L'absence de fiche de poste pour certains professionnels, ainsi que l'inadéquation des tâches réelles et des fiches transmises/ l'absence de fiche de postes et de tâches ne permet pas de garantir la sécurité des résidents et la qualité de leur prise en charge (L31-3 CASF). | Prescription n°11 : Mettre en place des fiches de poste pour tous les professionnels conformes à leurs missions quotidiennes et s'assurer de leur appropriation par ces derniers. | 6 mois | |
| E15 | Le manque d'effectifs présents, notamment le week-end peut induire un risque dans la prise en charge des usagers ce qui est contraire aux dispositions de l'article L311-3 du CASF. | Prescription n°12 : Revoir l'organisation des professionnels afin de mettre fin aux glissements de tâche et de garantir une présence suffisante notamment le week-end. | 3 mois | |
| E16 | L'organisation globale des plannings et des soins de nursing favorise les glissements de tâches, et en cela l'établissement contrevient aux articles R4311-3 et R4311-4 du CSP. | | | |
| E17 | En n'initiant pas une réflexion sur l'adéquation entre les besoins des résidents et l'offre que peut proposer la structure, l'EHPAD ne garantit pas la sécurité des résidents accueillis (L311-3 du CASF). | Prescription n°13 : Mener une réflexion sur l'adéquation entre l'offre proposée et les besoins réels des résidents accueillis. | 3 mois | |
| E18 | En ne prévenant pas les salariés et publics de la présence d'une vidéosurveillance à l'intérieur de l'EHPAD, par un affichage ad-hoc, l'établissement contrevient aux dispositions légales relevant de la compétence de la CNIL et de la préfecture (espaces privés, espaces publics) mais aussi à l'article R62510 du Code pénal (pour rappel : selon l'article L251-1 du code de sécurité intérieur les systèmes de vidéosurveillance sont considérés comme des traitements de données à caractère personnel) | Prescription n°14 : Mettre en place une politique d'information concernant la vidéosurveillance en place au sein de la structure. | Levée | |

| | | | | |
|-----|---|---|----------|--|
| E19 | En ne faisant pas bénéficier à tous les résidents d'un système d'appel malade efficient la structure ne garantit pas la sécurité de la prise en charge (L311-3 CASF). | Prescription n°15 : S'assurer que tous les résidents bénéficient d'un système d'appel malade efficient. | Immédiat | |
| E20 | En ne disposant pas de l'avis d'un médecin coordonnateur avant toute décision d'admission, l'établissement n'est pas conforme aux dispositions de l'article D312158 du CASF. | Prescription n°16 : Mettre en place une organisation permettant que chaque admission soit soumise à l'avis du médecin coordonnateur. | 3 mois | |
| E21 | L'absence de sécurisation de la totalité des locaux ne permet pas de garantir la sécurité des résidents ce qui est contraire aux dispositions de l'article L311-3 CASF. | Prescription n°17 : Sécuriser la totalité des locaux. | Levée | |
| E22 | L'absence de rapport annuel d'activité médicale au sein de l'EHPAD contrevient avec les dispositions de l'article D312-158 du CASF mais également avec la fiche de poste établie pour le médecin coordonnateur (document type ARPAVIE, non personnalisé). | Prescription n°18 : Etablir un rapport annuel d'activité médicale. | 6 mois | |
| E23 | En n'exerçant pas les missions répondant à son poste, le médecin coordonnateur de la structure ne répond pas aux dispositions de l'article D312-1258 du CASF relatif à la réforme du métier de médecin coordonnateur en EHPAD. | Prescription n°19 : Revoir les missions du médecin coordonnateur de la structure. | 3 mois | |
| E24 | En n'ayant pas mis en œuvre les moyens propres à assurer les soins palliatifs que l'état des résidents peut requérir, l'établissement n'est pas en capacité de satisfaire aux dispositions de l'article L1112-4 du CSP. | Prescription n° 20 : Mettre en œuvre une prise en charge en soins palliatifs conforme aux dispositions de l'article L1112-4 du CSP. | 3 mois | |

| | | | | |
|-----|--|---|----------|--|
| E25 | En l'absence de convention avec un établissement de santé et définissant les conditions et les modalités de transfert et de prise en charge des résidents dans un service d'accueil des urgences, l'établissement contrevient aux dispositions de l'arrêté du 7 juillet 2005 fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique. | Prescription n°21 : Etablir une convention avec un établissement de santé prévoyant notamment les conditions et modalités de prise en charge des résidents aux urgences. | Immédiat | |
| E26 | En ne disposant pas d'une convention déterminant les conditions d'intervention de l'association de bénévoles, et imposant notamment aux intervenants le respect du règlement de fonctionnement, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L312-1 II 5 ^{ème} alinéa du CASF. | Prescription n°22 : Mettre en place des conventions déterminant les conditions d'intervention de tous les bénévoles. | Levée | |
| R1 | En ne possédant pas d'organigramme nominatif, conforme à la réalité, ne permettant pas aux professionnels ainsi qu'aux résidents d'appréhender clairement l'organisation des effectifs, l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques formulées par l'ANESM (2012) – Qualité de vie en EHPAD - De l'accueil de la personne à son accompagnement (volet n°1), et le cadre de vie et la vie quotidienne (volet n°2). | Recommandation n°1 : Mettre en place un organigramme nominatif, mis à jour tant que besoin et conforme à la réalité. | 3 mois | |
| R2 | En n'intégrant pas de projet bienveillance au sein de son projet d'établissement, l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques formulées par la HAS - Le déploiement de la bienveillance Guide à destination des professionnels en établissements de santé et EHPAD (p17). | Cf Prescription n°5 | | |

| | | | | |
|----|---|--|--------|--|
| R3 | En n'ayant pas établi une politique interne relative à la bientraitance (protocole, rappels, référent, ...), l'établissement ne garantit pas une prise en charge de qualité des résidents accueillis. | | | |
| R4 | En n'intégrant pas le volet bientraitance au plan pluriannuel de formation, l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques formulées par l'ANESM - Le déploiement de la bientraitance Guide à destination des professionnels en établissements de santé et EHPAD (p23). | Recommandation n°2 : Mettre en place au sein de la structure une politique globale relative à la bientraitance. | 6 mois | |
| R5 | En ne désignant pas de référent bientraitance, l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques formulées par la HAS - Le déploiement de la bientraitance Guide à destination des professionnels en établissements de santé et EHPAD. | | | |
| R6 | En l'absence de réflexion interne sur la notion d'événement indésirable est un obstacle à leur identification et à leur gestion par l'encadrement, l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques formulées par l'ANESM (« Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - Décembre 2008). | | | |
| R7 | En ne disposant pas d'un dispositif de recueil, de traitement et d'analyse des réclamations formalisées et opérationnel, le service n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par l'ANESM qui recommande « de formaliser avec les professionnels les outils les plus pertinents pour le recueil et le suivi des plaintes, des réclamations et événements indésirables » (ANESM « mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - Décembre 2008). | Recommandation n°4 : Mettre en place un dispositif formalisé et opérationnel de recueil, de traitement et d'analyse des réclamations. | 3 mois | |

| | | | | |
|-----|--|--|---------------|--|
| R8 | L'absence de temps de transmission inclut dans les plannings des professionnels en fin de journée ne permet pas de s'assurer de la qualité et de la fluidité de la transmission d'informations entre les équipes. | Recommandation n°5 : Incorporer dans le temps de travail des professionnels les temps de transmission. | 3 mois | |
| R9 | L'absence de plan de formation continue à destination de l'ensemble des professionnels ne permet pas « la formalisation, la structuration et la consolidation des savoirs en les articulant avec le champ de connaissances relatives aux populations accompagnées ...en vue d'ajuster les pratiques et de développer les compétences individuelles et collectives » (Recommandations ANESM, <i>Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées</i> , juin 2008). | Recommandation n°6 : mettre en place un plan de formation conformes aux bonnes pratiques et permettant notamment la formation continue des professionnels, l'adéquation des formations avec les besoins des professionnels / l'évolution des pathologies et répondant aux recommandations relatives à la bientraitance. | 6 mois | |
| R10 | L'absence de plan de formation ne permet pas à la mission de s'assurer que tous les professionnels sont formés à l'évolution des publics, aux nouvelles problématiques rencontrées et aux compétences techniques qu'impliquent les évolutions constatées comme le recommande l'ANESM. | | | |
| R11 | 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 sessions de formation à destination de l'ensemble des professionnels en y associant les bénévoles et les intervenants libéraux (recommandation ANESM : <i>Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance</i> , décembre 2008). | | | |

| | | | | |
|-----|--|--|--------|--|
| R12 | 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 n°7 : Mettre en place des espaces d'échanges sur les pratiques professionnelles. Mettre un place un dispositif de soutiens aux salariés. Mettre en place un management de proximité afin de rétablir un climat de confiance. | 3 mois | |
| R13 | L'absence d'un management de proximité limite la remontée d'informations et ne permet pas aux professionnels de se sentir soutenus. | | | |
| R14 | La capacité décrite dans le projet d'établissement 2021/2026, pages 14 et 15, n'est pas conforme à l'arrêté d'autorisation. | Recommandation n°8 : Se conformer à l'arrêté d'autorisation. | Levée | |
| R15 | En négligeant la fonction « hygiène et entretien des locaux » l'établissement ne garantit pas des conditions d'hébergement optimales, et ne répond pas aux exigences sanitaires. | Recommandation n°9 : Mettre en œuvre toutes les conditions nécessaires à des conditions d'hébergement optimales. | 3 mois | |
| R16 | Les informations recueillies par la mission ne lui permettent pas d'affirmer que les professionnels de la résidence sont formés et sensibilisés au risque incendie. | Recommandation n°10 : Sensibiliser et former tous les professionnels au risque incendie. | 3 mois | |
| R17 | L'absence de recherche et de recueil du consentement de la personne ne permet pas de garantir une prise en charge de qualité. | Recommandation n°11 : Rechercher systématiquement et recueillir le consentement des résidents (notamment à l'entrée). | 3 mois | |

| | | | | |
|-----|--|---|--------|---|
| R18 | L'absence de projet personnalisé pour tous les résidents de l'EHPAD ne permet pas l'individualisation des prises en charge au regard des besoins. | | | |
| R19 | Le caractère succinct des projets d'accompagnement personnalisé n'est pas conforme aux recommandations de la HAS – ANESM « Le projet personnalisé : une dynamique du parcours d'accompagnement (volet EHPAD, août 2018) ». | Recommandation n°12 : Mettre en place une organisation permettant la mise en œuvre d'un projet personnalisé efficient pour tous les résidents. Mettre en place une organisation permettant leur actualisation à minima 1/an. | 6 mois | |
| R20 | L'absence d'actualisation annuelle des PPA ne facilite pas l'adaptation de la prise en charge aux besoins de la personne (Recommandation ANESM « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » Décembre 2008). | | | |
| R21 | L'organisation des temps de transmission ne répond pas aux recommandations de bonnes pratiques de l'HAS-ANESM. | | | Recommandation n°13 : Mettre en place des temps de transmission répondant aux recommandations. |
| R22 | L'absence de projet d'animation et de formation pour l'animateur en poste ne permet pas de garantir la qualité des animations proposées. | Recommandation n°14 : Mettre en place un projet d'animation. Veiller à la formation de l'animateur en poste. | 6 mois | |
| R23 | Les informations et documents recueillis par la mission ne permettent pas de garantir le respect des rythmes de vie des résidents. | Recommandation n°15 : Mettre en place une politique globale de prise en charge permettant de garantir le rythme de vie des résidents. | Levée | |

| | | | | |
|-----|--|---|--------|--|
| R24 | La mission n'a pu recueillir de garanties sur le respect du droit d'aller et venir librement des résidents susceptibles d'en bénéficier. | Recommandation n°16 : Mettre en place une politique d'accueil permettant le respect du droit d'aller et venir librement. | Levée | |
| R25 | L'absence de protocole décrivant les modalités de prise de décision, de mise en place, de surveillance de contention est un obstacle à la mise en œuvre des bonnes pratiques décrites dans le document de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé « limiter les risques de contention physique de la personne âgée » d'octobre 2000. | Recommandation n°17 : Etablir un protocole relatif aux contentions répondant aux bonnes pratiques existantes. S'assurer de son appropriation par les équipes concernées. | Levée | |
| R26 | L'existence de contentions sans protocolisation ne permet pas de garantir le respect des recommandations de la conférence de consensus ANAES/FHF de novembre 2004 (liberté d'aller et venir dans les ESMS et obligation de soins et de sécurité). | | | |
| R27 | L'absence de relevé concordant avec la réalité de la température de l'enceinte réfrigérée n'est pas conforme aux recommandations de bonne pratique. Aussi, l'absence de protocole en cas de dépassement de ces températures ne permet pas d'assurer la qualité des denrées stockées. | Recommandation n°18 : Mettre en place un suivi des température conforme à la réalité – Etablir un protocole en cas de dépassement des températures recommandées. | 3 mois | |
| R28 | L'absence de suivi et de traçabilité de l'hydratation des résidents ne permet pas de prévenir du risque de déshydratation et ne garantit pas une prise en charge de qualité. | Recommandation n°19 : Mettre en place une traçabilité et un suivi de l'hydratation des résidents. | 3 mois | |
| R29 | L'absence de suivi et de réévaluation périodique des projets de soins ne permet pas de garantir une prise en charge de qualité des résidents accueillis. | Recommandation n°20 : Mettre en place un suivi et une réévaluation périodique des projets de soins | 3 mois | |
| R30 | En accueillant des résidents présentant des pathologies spécifiques sans formation des professionnels, l'établissement ne garantit pas la sécurité de la prise en charge. | Recommandation n°21 : Mettre en adéquation les formations suivies par les professionnels et les besoins du terrain. Cf recommandation n°6 | Levée | |

| | | | | |
|-----|--|---|--------|--|
| R31 | L'absence de temps de transmission médicale-paramédicale - soins entre le médecin, les IDE et le reste des professionnels ne permet pas de garantir la qualité de la prise en charge des résidents. | Recommandation n°22 : Mettre en place des temps de transmission médicale/paramédicale afin de permettre la circulation de l'information. | Levée | |
| R32 | L'absence d'appropriation par les professionnels et de personnalisation des protocoles ne permet pas de garantir une prise en charge de qualité des résidents. | Recommandation n°23 : Personnaliser les protocoles existants – S'assurer de leur appropriation par les équipes. | Levée | |
| R33 | L'ouverture de l'établissement sur l'extérieur est insuffisante et ne lui permet pas d'instaurer et de bénéficier d'un éventail de coopérations et de collaborations formalisées avec des partenaires travaillant dans son environnement médico-social. | Recommandation n°24 : Travailler sur l'ouverture de l'établissement sur l'extérieur. | 3 mois | |
| R34 | L'absence de participation de la structure à une filière de soins ou de prise en charge ne lui permet pas de travailler sur ses pratiques et de développer des partenariats dans un objectif constant d'amélioration de la prise en charge des usagers accueillis. | Recommandation n°25 : Travailler sur les échanges avec d'autres structures notamment sanitaire afin de travailler sur les pratiques et les partenariats. | 3 mois | |