

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé  
environnementale  
Sous-direction inspection-contrôle  
Mission n° 2023-HDF-00309



Lille, le

Le directeur général de l'agence  
régionale de santé

à

Madame Bénédicte POINT-  
JONNEAUX  
Directrice  
Résidence La Gloriette  
39, rue Saint Jean  
02800 VENDEUIL

**LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION**

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Résidence La Gloriette sis 39, rue Saint Jean à VENDEUIL (02800) initié le 10 juillet 2023.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Résidence La Gloriette sis 39, rue Saint Jean à VENDEUIL (02800) 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 10 juillet 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 20 octobre 2023.

Par courrier reçu le 20 décembre 2023, vous avez présenté vos observations concernant les mesures correctives envisagées.

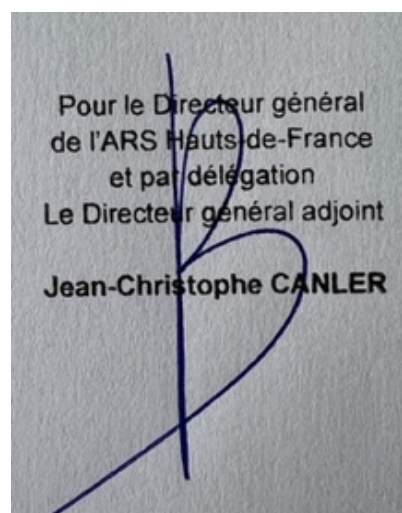
Au regard des éléments transmis, la mission de contrôle n'a pas apporté de modification au rapport. En conséquence, vous trouverez ci-joint les décisions finales, qui closent la procédure contradictoire.

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](mailto: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.

Les présentes décisions peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification.



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 correctives à mettre en œuvre

### Contrôle sur pièces de l'EHPAD Résidence La Gloriette à VENDEUIL (02800) initié le 10 juillet 2023

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection ( <i>par ordre de priorité</i> )		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	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 faisant fonction d'AS ; 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.	<p style="text-align: center;"><b>Prescription 1 :</b></p> <p>Supprimer les glissements de tâches et s'assurer d'un nombre de personnel suffisant en nombre et en qualification afin d'assurer une prise en charge sécurisée et de respecter les rythmes de vie individuels des résidents, conformément à la réglementation</p>	6 mois	
E11	L'inconstance des effectifs présents par poste horaire, de jour et de nuit, 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 L. 311-3-1° du CASF.			
E16	Au regard de la charge de travail des personnels soignants et de l'absence de réalisation des projets personnalisés, les rythmes de vie collective ne tiennent pas systématiquement compte des rythmes de vie individuels contrairement aux			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (par ordre de priorité)		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)
	dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.			
E7	En ne disposant pas du bulletin de casier judiciaire dans le dossier de l'ensemble des 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 professionnels à exercer auprès de personnes vulnérables.	<b>Prescription 2 :</b> Demander les extraits de casier judiciaire de l'ensemble du personnel et ce à intervalles réguliers conformément à l'article L. 311-6 du CASF.	1 mois	
E4	L'établissement ne dispose pas d'un plan bleu ce qui est contraire aux dispositions de l'article D. 312-160 du CASF.	<b>Prescription 3 :</b> Etablir un plan bleu 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 en suivant le guide d'aide à l'élaboration qui y est annexé.	12 mois	
E15	Chaque résident ne dispose pas d'un projet personnalisé contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	<b>Prescription 4 :</b> Formaliser une procédure d'élaboration des projets personnalisés, établir les projets personnalisés des résidents dans un délai maximal de 6 mois après leur admission conformément aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF et s'assurer qu'une évaluation périodique de ces projets est réalisée.	12 mois	
R14	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'élaboration des projets personnalisés.			
E9	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	<b>Prescription 5 :</b> Augmenter le temps de travail du médecin coordonnateur à 0,4 ETP afin de se conformer à la réglementation.	3 mois	
E10	La fiche de poste du médecin coordonnateur transmise par l'établissement ne reprend pas l'ensemble des missions présentées par l'article D. 312-158 du CASF.	<b>Prescription 6 :</b> Etablir la fiche de poste du médecin coordonnateur en reprenant les missions définies par l'article D. 312-158 du CASF.	1 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection ( <i>par ordre de priorité</i> )		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)
E1	En ne mettant pas en œuvre la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	<b>Prescription 7 :</b> Constituer et réunir la commission de coordination gériatrique, présidée par le médecin coordonnateur, conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	<b>6 mois</b>	
E12	En ne disposant pas d'un projet de soins en vigueur, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	<b>Prescription 8 :</b> Le médecin coordonnateur doit élaborer, avec le concours de l'équipe soignante, un projet général de soins conforme à la réglementation.	<b>12 mois</b>	
E13	L'établissement ne dispose pas d'un rapport annuel d'activité médicale ce qui est contraire aux dispositions des articles D. 312-155-3, alinéa 9 et D. 312-158, alinéa 10 du CASF.	<b>Prescription 9 :</b> Etablir un rapport annuel d'activité médicale conforme aux dispositions des articles D. 312-155-3, alinéa 9 et D. 312-158, alinéa 10 du CASF.	<b>6 mois</b>	
E3	L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement en cours de validité ce qui est contraire à l'article L. 311-8 du CASF.	<b>Prescription 10 :</b> Les documents institutionnels (projet d'établissement, livret d'accueil, règlement de fonctionnement et contrat de séjour) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	<b>12 mois</b>	
E5	En ne disposant pas d'un règlement de fonctionnement en vigueur de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection ( <i>par ordre de priorité</i> )		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)
	dispositions de l'article R. 311-22 du CASF.			
E6	En l'absence de précisions sur les actions de prévention et de lutte contre la maltraitance, sur les coordonnées du numéro d'écoute maltraitance, de l'ARS et du Conseil Départemental, le livret d'accueil n'est pas conforme à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.			
E14	La réalisation d'un avenant dans un délai maximum de 6 mois, précisant les objectifs et les prestations adaptées à la personne accueillie, n'est pas mentionnée dans le contrat de séjour, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 311 du CASF.			
E2	Le fonctionnement du CVS n'est pas conforme aux dispositions des articles D. 311-5, D. 311-16, D. 311-19 et D. 311-20 du CASF.	<b>Prescription 11 :</b> Mettre en conformité le fonctionnement du CVS en le réunissant 3 fois par an conformément à l'article D. 311-16 du CASF, et transmettre : <ul style="list-style-type: none"> <li>- la composition du CVS,</li> <li>- les procès-verbaux de réunions de CVS signés par la présidente conformément à l'article D. 311-20 du CASF,</li> <li>- le règlement intérieur du CVS établi lors de la 1<sup>ère</sup> réunion conformément à l'article D. 311-19 du CASF.</li> </ul>	<b>12 mois</b>	
E17	Dans la mesure où la collation nocturne n'est pas proposée systématiquement aux résidents, le temps de jeune 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	<b>Prescription 12 :</b> Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	<b>Dès réception du rapport</b>	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection ( <i>par ordre de priorité</i> )		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)
	décembre 2015.			
R1	La directrice ne dispose pas d'une fiche de poste, ses missions ne sont pas formalisées.	<b>Recommandation 1 :</b> Etablir la fiche de poste pour le poste de direction.	<b>3 mois</b>	
R2	Les modalités d'intérim de direction ne sont pas définies.	<b>Recommandation 2 :</b> Définir les modalités d'intérim en l'absence de la directrice.	<b>1 mois</b>	
R4	L'établissement ne met pas œuvre de politique de prévention et de lutte contre la maltraitance.	<b>Recommandation 3 :</b> Mettre en œuvre une politique de prévention et de lutte contre la maltraitance en : <ul style="list-style-type: none"> <li>- mettant en place un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles,</li> <li>- formalisant un protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance,</li> <li>- abordant la thématique dans les documents institutionnels.</li> </ul>	<b>12 mois</b>	
R6	L'établissement ne dispose pas d'une procédure de gestion interne des événements indésirables.	<b>Recommandation 4 :</b> Formaliser une procédure de gestion interne des événements indésirables ainsi qu'une procédure de déclaration externe des événements indésirables graves et graves associés aux soins.	<b>6 mois</b>	
R8	L'établissement ne dispose pas d'une procédure de déclaration externe des événements indésirables et événements indésirables graves liés aux soins.			
R7	L'établissement n'organise pas de sensibilisations internes du personnel sur la déclaration des événements indésirables.	<b>Recommandation 5 :</b> Former le personnel aux transmissions ciblées et à la déclaration des événements indésirables puis	<b>6 mois</b>	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (par ordre de priorité)		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	Le personnel n'est pas formé aux transmissions ciblées, ce qui ne garantit pas leur mise en œuvre.	transmettre les feuilles d'émargement.		
R5	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.	<b>Recommandation 6 :</b> Rédiger un plan d'actions d'amélioration continue de la qualité.	12 mois	
R11	L'établissement a renseigné des taux d'absentéisme et de turn over élevés sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	<b>Recommandation 7 :</b> Etudier les causes de l'absentéisme et du turn over des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	12 mois	
R15	Dans le cadre de la démarche d'amélioration de la qualité, les études sur les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade ne sont pas réalisées.	<b>Recommandation 8 :</b> Réaliser une étude sur les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que ces délais sont corrects.	1 mois	
R13	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'admission.	<b>Recommandation 9 :</b> Etablir une procédure d'admission.	6 mois	



Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection ( <i>par ordre de priorité</i> )		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)
R10	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'accueil du nouvel arrivant ni d'un livret d'accueil.	<b>Recommandation 10 :</b> Etablir une procédure d'accueil du nouvel arrivant et un livret d'accueil.	<b>6 mois</b>	
R17	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux prises en charge spécifiques hormis ceux relatifs à l'hydratation et aux chutes.	<b>Recommandation 11 :</b> Etablir, en concertation avec les équipes, les protocoles relatifs aux contentions, aux urgences, aux troubles du comportement, à la nutrition, aux changes et à la prévention de l'incontinence, au circuit du médicament, aux soins palliatifs et à la fin de vie. Rendre ces protocoles accessibles au personnel.	<b>12 mois</b>	
R16	Le personnel n'a pas accès aux protocoles relatifs aux prises en charge spécifiques.			
R19	Les protocoles n'ont pas été élaborés en concertation avec les équipes.			
R20	Les protocoles ne sont pas évalués de manière périodique.	<b>Recommandation 12 :</b> Réviser les protocoles de manière périodique.	<b>12 mois</b>	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection ( <i>par ordre de priorité</i> )		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)
R3	Aucune réunion institutionnelle n'est organisée au sein de l'EHPAD.	<b>Recommandation 13 :</b> Organiser périodiquement des réunions institutionnelles de type CODIR au sein de l'établissement.	<b>6 mois</b>	
R9	L'établissement n'organise pas de RETEX suite à la survenue d'évènements indésirables.	<b>Recommandation 14 :</b> Réaliser des RETEX en équipe pluridisciplinaire suite à la survenue d'évènements indésirables graves.	<b>3 mois</b>	
R12	L'établissement n'a pas transmis de fiches de tâches.	<b>Recommandation 15 :</b> Transmettre les fiches de tâches des personnels de jour et de nuit.	<b>1 mois</b>	