



Le directeur général

Réf : 2024-D3SE-SDIC-LC

Mission 2024_HDF_00436

Le président du conseil départemental

Lille, le

LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le directeur général,

Dans le cadre du programme régional d'inspection contrôle pour l'année 2024, l'EHPAD Les Gloriettes situé à Crouy (02880) a fait l'objet d'une inspection sur site le 18 novembre 2024 sur les fondements de l'article L. 313-13 du code de l'action sociale et des familles (CASF), afin de vérifier :

- 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 leurs droits ;
- qu'un dispositif de prévention et de lutte contre la maltraitance existe et est de nature à répondre aux obligations réglementaires.

Vous avez accusé réception du rapport d'inspection ainsi que les décisions envisagées le 22 avril 2025 et avez présenté vos observations concernant les mesures envisagées par mail du 20 mai 2025.

Au regard de votre courrier, la mission d'inspection n'a pas apporté de modification au rapport, mais a tenu compte de vos observations concernant les mesures envisagées, les délais et les informations transmises.

En conséquence, vous trouverez ci-joint les décisions finales, qui closent la procédure contradictoire.

A ce titre, nous vous demandons 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, pour l'agence régionale de santé, par le

Monsieur le directeur général

DOMUS VI

46 – 48, rue Carnot

92150 Suresnes

ARS Hauts-de-France – 556 avenue Willy Brandt – 59777 EURALILLE 0
809 402 032 - www.hauts-de-france.ars.sante.fr

pôle de proximité territorial de l'Aisne de la direction de l'offre médico-sociale en charge du suivi de votre établissement et, pour le Département de l'Aisne, par le service pilotage de l'Offre à Domicile de la direction de l'autonomie et de la MDPH.

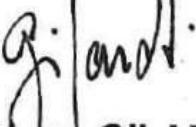
Ainsi, vous voudrez bien leur transmettre, dans le respect des échéances fixées, le tableau des mesures correctives complété par les délais de mise en œuvre effective des actions prévues dans le respect des délais fixés.

Nous vous informons que votre établissement peut être inscrit en commission des suites d'inspection.

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'agrérer, Monsieur le directeur, l'expression de notre considération distinguée.

Le président du conseil départemental

Le Directeur général

Hugo GILARDI

Nicolas FRICOTEAUX

Copie : directeur de l'EHPAD les gloriettes 80 rue
Léo Nathié, 02880 Crouy

Pièces jointes :

- le tableau listant les mesures correctives.

Mesures correctives à mettre en œuvre

Inspection du 18 novembre 2024 de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) Les Gloriettes à Crouy 02880.

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés de la fiche de synthèse	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	Délai de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
I- GOUVERNANCE			
<u>Ecart n°1 :</u> En ne disposant pas d'un règlement de fonctionnement complet, l'établissement n'est pas conforme aux dispositions de l'article L3117 du CASF.	<u>Prescription n°1 :</u> Compléter et actualiser le règlement de fonctionnement.	_____	
<u>Remarque n°1 :</u> L'intitulé « unité grande dépendance » porte à confusion par rapport à une unité institutionnelle prévue par les textes et reconnue par les autorités de régulation, ce qu'elle n'est pas.	<u>Recommandation n°1 :</u> Revoir l'intitulé des espaces dédiés à la prise en charge des résidents en grande dépendance dans les documents institutionnels. Compléter le livret d'accueil avec une présentation précise des caractéristiques des différentes unités, notamment UPPD et UGD	_____	

<p><u>Remarque n°2 :</u> L'absence d'appropriation du règlement de fonctionnement par les personnels ne favorise pas la connaissance et le respect des droits des personnes accueillies et les règles de vie collective au sein de l'établissement</p>	<p><u>Recommandation n°2 :</u> Présenter le règlement de fonctionnement à l'ensemble des professionnels et veiller régulièrement à son appropriation.</p>	—	
<p><u>Remarque n°3 :</u> L'absence d'appropriation du projet d'établissement par les personnels ne permet pas de « donner un sens à leurs pratiques professionnelles, d'en identifier le cadre organisationnel et d'en rappeler la finalité : répondre aux besoins et aux attentes des usagers » (Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service, ANESM, décembre 2009).</p>	<p><u>Recommandation n°3 :</u> Présenter le projet d'établissement aux professionnels et veiller à son appropriation.</p>		
<p><u>Remarque n° 4 :</u> L'expression des résidents, de leurs représentants et de leurs familles apparaît peu développée alors que les membres du CVS doivent donner leur avis et être consultés sur les questions liées au fonctionnement l'établissement : qualité des prestations, amélioration du cadre de vie, ...</p>	<p><u>Recommandation n° 4 :</u> Consulter et favoriser l'expression des membres du CVS comme le recommandent les bonnes pratiques en - les associant à la définition des thématiques à l'ordre du jour ; - recourant à des outils de participation (techniques d'animation, etc.) ; -associant ses membres à l'élaboration ou la révision du volet portant sur la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance ; assurant un suivi régulier de la mise en œuvre des avis et propositions émis.</p>	6 mois	

<p><u>Remarque n°5 :</u></p> <p>L'absence de connaissance par l'ensemble des équipes du process de signalement ainsi que l'absence de formalisation de ce process dans règlement de fonctionnement ne favorisent pas les signalements de la part des équipes.</p>	<p><u>Recommandation n°5 :</u></p> <p>Former régulièrement l'ensemble du personnel aux modalités de signalement et inscrire ces modalités dans le règlement de fonctionnement.</p>	<p>6 mois</p>	
<p><u>Remarque n° 6 :</u></p> <p>En l'absence de traçabilité exhaustive et d'analyse globale régulière effectuée au niveau de l'EHPAD, l'organisation de la gestion des événements indésirables ne permet pas la mise en place de mesures correctives appropriées garantissant la sécurité des résidents contrairement aux recommandations de la HAS.</p>	<p><u>Recommandation n°6 :</u></p> <p>Mettre en place un dispositif opérationnel d'enregistrement, de traitement et d'analyse de l'ensemble des évènements indésirables ainsi qu'un retour d'informations aux équipes.</p>	<p>6 mois</p>	
<p><u>Remarque n° 7 :</u></p> <p>En l'absence d'un recueil et d'une gestion tracée des réclamations telle que recommandée par la HAS, l'établissement ne dispose pas d'une véritable politique de gestion du risque.</p>	<p><u>Recommandation n°7 :</u></p> <p>Recueillir, tracer et analyser les réclamations de manière systématique afin de développer une vigilance et de contribuer à la mise en place d'un plan de prévention et de gestion des risques HAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bientraitance et gestion des signaux de maltraitance en établissement, octobre 2024. 	<p>_____</p>	

II FONCTION SUPPORT			
<p><u>Ecart n°2 :</u> En conservant au sein des dossiers du personnel de l'EHPAD les extraits de casiers judiciaire, l'établissement ne respecte pas le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).</p>	<p><u>Prescription n°2 :</u> Garantir la sécurisation des données en contrôlant les extraits de casiers judiciaires lors du recrutement sans les conserver au-delà de la période de recrutement et de vérification.</p>	-----	
<p><u>Remarque n°8 :</u> En ne mettant pas en place de manière régulière, des actions de soutien du personnel menées par des professionnels distincts de l'équipe d'encadrement , l'établissement n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par l'ANESM qui recommande « qu'un dispositif d'analyse des pratiques vienne compléter les autres moments de communication interne et de transmission d'informations, afin d'aider les professionnels dans leur mise à distance et leur réflexion critique sur les pratiques quotidiennes » (Missions du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance – décembre 2008).</p>	<p><u>Recommandation n°8 :</u> Mettre en place de manière régulière, des actions de soutien du personnel menées par des professionnels distincts de l'équipe d'encadrement.</p>		
<p><u>Ecart n°3 :</u> L'absence de fermeture systématique des portes des locaux techniques ne permet pas de garantir aux résidents un cadre sécurisé conformément à l'article L. 311-3 du CASF.</p>	<p><u>Prescription n°3 :</u> Veiller à la fermeture systématique des portes des locaux techniques afin de garantir aux résidents un cadre sécurisé conformément à l'article L. 311-3 du CASF.</p>	Immédiat	

<u>Ecart n°4 :</u> L'absence d'appel malade dans les WC communs accessibles aux résidents constitue un facteur de risque ne permettant de leur garantir un cadre sécurisé conformément à l'article L. 311-3.	<u>Prescription n°4</u> Mettre en place un système d'appels malades dans les WC accessibles aux résidents.	3 mois	
III PRISE EN CHARGE			
<u>Ecart n° 5 :</u> En ne comportant pas les coordonnées des autorités administratives, ni la notice d'information mentionnée à l'article D. 311-0-4 du CASF, et en ne précisant ni les actions menées par l'établissement en matière de prévention de la maltraitance ni les modalités de signalement d'actes de maltraitance, le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions mentionnées à l'article D. 311-39 du même code, et aux recommandations de la HAS.	<u>Prescription n°5 :</u> Compléter le livret d'accueil avec : <ul style="list-style-type: none"> - les actions concrètes menées par l'établissement en matière de prévention de la maltraitance, - les adresses des autorités administratives auxquelles signaler les actes de maltraitance (ARS : ars-hdf-signal@ars.sante.fr et Conseil départemental : signalpaph@aisne.fr), - les modalités de signalement des actes de maltraitances. 	6 mois	

<p><u>Ecart n°6 :</u> Le fait d'héberger des personnes en grande dépendance dans un espace fermé par un digicode constitue une atteinte à leur liberté d'aller et venir.</p>	<p><u>Prescription n°6 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> a) Faire bénéficier les personnes accueillies dans l'espace dédié à la grande dépendance des mêmes droits et conditions d'aller et venir que celles accueillies en en unité classique, b) Définir dans l'annexe au contrat de séjour les mesures particulières à prendre pour soutenir l'exercice de la liberté d'aller et venir des personnes concernées dans le respect de leur intégrité physique et de leur sécurité. 	a) Immédiat b) 3 mois	
<p><u>Remarque n°9 :</u> Les critères d'admission de « l'UGD » ne sont ni précis ni connus de l'ensemble des équipes.</p>	<p><u>Recommandation n°9 :</u> Préciser pour l'ensemble des équipes et sur les documents institutionnels les critères d'admission en « UGD ».</p>	3 mois	

<p><u>Remarque n° 10 :</u> Au regard de la grande dépendance des résidents, l'absence de rails et de chaise douche adaptée est un frein à la qualité de la prise en charge.</p>	<p><u>Recommandation n°10 :</u> Poursuivre et développer l'adaptation des équipements nécessaire à la prise en charge des personnes en grande dépendance.</p>	—	
<p>Remarque n° 11 : Au regard de la grande dépendance des résidents, l'acquisition des compétences des équipes ainsi que la communication avec les familles ne sont pas suffisamment développées.</p>	<p><u>Recommandation n°11 :</u> Poursuivre et développer - l'acquisition des compétences des équipes sur la grande dépendance, - la communication et les relations avec les familles des soignants de proximité ; - des actions de formation spécifique sur les problématiques complexes (troubles du comportement, soins palliatifs, ...), y compris pour les équipes de nuit.</p>		
<p><u>Remarque n°12 :</u> Le respect des rythmes de vie des résidents n'est pas toujours garanti en particulier au moment du coucher pour des questions relatives à l'organisation du travail.</p>	<p><u>Recommandation n°12 :</u> Mettre en place une organisation permettant de respecter les horaires de coucher des résidents et leur rythme de vie (en particulier au moment du coucher).</p>	3 mois	
<p><u>Remarque n°13 :</u> Les souhaits et les avis des résidents sont peu pris en compte au vu de l'organisation actuelle de la commission des menus.</p>	<p><u>Recommandation n°13 :</u> Prendre en compte les souhaits et les avis des résidents lors de chaque commission menu.</p>	6 mois	

<p><u>Remarque n°14 :</u></p> <p>Le protocole relatif à la dénutrition ne reprend pas les recommandations de bonnes pratiques « Diagnostic de la dénutrition chez l'enfant, l'adulte, et la personne de 70 ans et plus » établies par la HAS et la Fédération française de nutrition en novembre 2021.</p>	<p><u>Recommandation n°14 :</u></p> <p>Mettre à jour le protocole relatif à la dénutrition en prenant en compte les recommandations de bonnes pratiques établies par la HAS et la Fédération française de nutrition en novembre 2021.</p>	6 mois	
<p><u>Remarque n°15 :</u></p> <p>En ne pesant pas l'ensemble des résidents de manière mensuelle, l'établissement ne peut s'assurer d'une évaluation de leur état nutritionnel.</p> <p>La fréquence des pesées n'est pas en conformité avec la pesée mensuelle recommandée, pour le dépistage de la dénutrition en institution, par la Haute autorité de santé en avril 2007 dans ses recommandations professionnelles « stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée ».</p>	<p><u>Recommandation n° 15 :</u></p> <p>Effectuer une pesée mensuelle de l'ensemble des résidents et mettre en place un outil de suivi permettant une évaluation de leur état nutritionnel.</p>	-----	
<p><u>Remarque n°16 :</u></p> <p>L'ensemble des professionnels et notamment les équipes de nuit ne sont pas systématiquement formés à la prise en charge des troubles du comportement ce qui constitue un frein pour la qualité de prise en charge des résidents.</p>	<p><u>Recommandation n° 16 :</u></p> <p>Former l'ensemble des professionnels et notamment les équipes de nuit à la prise en charge des troubles du comportement des résidents et favoriser les échanges entre les équipes de jour et de nuit.</p>	12 mois	