



Le Directeur général

**Le président du conseil départemental
De l'Aisne
Direction générale chargée de la solidarité**

à

**Monsieur Philippe BERTONI
Directeur de l'Ehpad de Marle
14 rue Desains
02250 MARLE**

Lille, le

Sous-Direction Inspection Contrôle
Mission n°2022-HDF-00290



LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le Directeur général

L'établissement visé en objet a fait l'objet d'une inspection inopinée en application des articles L. 313-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles, 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 y existe et est de nature à répondre aux obligations réglementaires.

Cette inspection a été réalisée le 5 décembre 2022.

Le rapport d'inspection ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 11 avril 2023.

Dans un courrier reçu le 5 mai dernier à l'ARS, vous indiquez ne pas présenter d'observations aux constats énoncés dans ce rapport. Ainsi, la procédure contradictoire est désormais close. En conséquence, vous trouverez, dans le tableau joint en annexe, la liste des mesures correctives que nous vous demandons de mettre en œuvre dans les délais indiqués, qui courent à compter de la réception de la présente.

Le contrôle de leur mise en œuvre sera assuré, pour l'ARS, par le pôle de proximité territorial de l'Aisne de la direction de l'offre médicosociale, en charge du suivi de votre établissement et, pour le Département de l'Aisne, par le service qualité et évaluation de la direction de la qualité, de l'offre, de la tarification et de l'évaluation. 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, que nous présidons.

La présente décision peut faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification.

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

Le Directeur général

Le Président du Conseil Départemental

Hugo GILARDI

Nicolas FRICOTEAUX

Pièce jointe :

- Tableau listant les mesures correctives à mettre en œuvre

Mesures correctives à mettre en œuvre
Inspection de l'EHPAD de Marle le 5 décembre 2022

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	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)	
R1	Le règlement de fonctionnement a été élaboré et adopté sans la consultation du Conseil de la Vie Sociale.	R1	Présenter le règlement de fonctionnement lors d'une réunion du Conseil de la Vie Sociale.	6 mois	
E1	La non-présentation du projet d'établissement au CVS contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF. L'absence d'éléments dans le projet d'établissement, précisant et encadrant en particulier la politique de lutte et de prévention de la maltraitance et la politique de gestion des risques contrevient également aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.	P1	Présenter le projet d'établissement au CVS en y intégrant les éléments relatifs à la politique de lutte et de prévention de la maltraitance et la politique de gestion des risques, conformément à l'article L311-8 du CASF	6 mois	
R2	Le médecin coordonnateur n'a pas participé à l'élaboration du projet de soins ce qui contrevient à l'article D.312-158 du CASF.	R2	Faire participer le médecin coordonnateur à l'élaboration du projet de soins, s'intégrant dans le projet d'établissement, conformément à l'article D.312-158 du CASF	6 mois	
R3	La continuité de la fonction de direction n'est pas organisée.	R3	Organiser une continuité de la fonction de direction.	3 mois	
R4	Le CVS ne se réunit pas au moins trois fois par an, comme le prévoit l'article L. 311-6 du CASF.	R4	Réunir au minimum 3 fois par an le CVS, conformément à l'article L. 311-6 du CASF	Immédiat	
R5	L'établissement n'a pas mis en place d'enquête de satisfaction globale de la prise en charge du résident.	R5	Mettre en place une enquête de satisfaction globale de la prise en charge du résident.	3 mois	
R6	La mission constate que si des outils existent en matière de promotion de la bientraitance et de prévention de la maltraitance (livret, comité), une politique opérationnelle appropriée par les professionnels de l'établissement, évaluée et réajustée en fonction des besoins fait défaut. Il existe une méconnaissance sur la conduite à tenir en cas de situation de maltraitance avérée et des obligations légales en matière de signalement.	R6	Elaborer et mettre en œuvre une politique de promotion de la bientraitance et de prévention et lutte contre la maltraitance comprenant à minima un protocole définissant les modalités de prévention et de signalement des actes de maltraitance, précisant les actions préventives mises ou à mettre en place (contrôle des embauches, formations repérage et sensibilisation à la prévention des situations de maltraitance) et les actions curatives		
R7	Les événements indésirables graves signalés par les personnels ne font l'objet	R7	Procéder à une analyse et à un retour aux agents des événements indésirables graves.	Immédiat	

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	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)	
	d'aucune analyse et d'aucun retour aux agents.				
R8	L'établissement ne dispose pas d'une politique de gestion du risque formalisée et tracée, telle que recommandée par la HAS, ce qui ne permet pas de garantir une qualité de prestation satisfaisante aux résidents au sens de l'article L. 311-3 du CASF.	R8	Elaborer un protocole écrit sur les modalités de recueil, d'analyse et de réponse aux réclamations des usagers et de leurs proches. Et le faire apparaître dans le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement. Mettre en place un outil de suivi des réclamations permettant une analyse globale et la mise en place d'actions correctrices si besoin et en faire un retour aux équipes et au CVS	6 mois	
R9	Les items relatifs à l'état d'avancement et aux actions correctives mises en œuvre concernant les événements indésirables sont peu complétés et ne permettent pas de s'assurer de leur mise en place ni d'avoir une vision globale des événements indésirables. L'absence d'analyse globale régulière ne permet ni un suivi, ni la mise en place de mesures correctives appropriées.	R9	Compléter le tableau de suivi des événements indésirables de manière à permettre leur analyse globale régulière et le suivi des actions correctives.	Immédiat	
R10	De manière générale la mission a constaté un manque de structuration et d'harmonisation des documents papier relatifs aux procédures et/ou aux conduites à tenir au sein de l'établissement.	R10	Structurer et harmoniser les documents papier relatifs aux procédures et/ou aux conduites à tenir au sein de l'établissement.	6 mois	
E2	Certains personnels affectés aux soins ne disposent pas toutes de diplôme alors qu'elles participent aux soins des personnes y compris très dépendantes.	P2	Qualifier les ASH affectés aux soins et ne recruter à l'avenir que des ASH diplômées du diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social (DEAES).	Immédiat	
R11	Les personnels en charge de l'animation ne disposent pas de formation ou de diplôme dans ce domaine.	R11	Former et qualifier les personnels en charge de l'animation.	6 mois	
E3	L'absence de qualification des ASH affectés aux soins n'est pas conforme à l'article L312-1-II, al.4 du CASF qui dispose que « les prestations délivrées par les établissements et services mentionnés aux 1° à 15° du I sont réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées... ». Leur fiche de poste n'est en conséquence pas adaptée à leur qualification.	P3	Etablir des fiches de poste conforme aux qualifications des agents en particulier concernant les agents des services hospitaliers qui selon le décret du 18/04/89 sont chargés de l'entretien et de l'hygiène des locaux de soins et participent aux tâches permettant d'assurer le confort des malades. Ils ne participent pas aux soins des malades et des personnes hospitalisées ou hébergées. ».	Immédiat	

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	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)	
E4	La mission a constaté des glissements de tâches récurrents, notamment entre AS et ASH de l'équipe soins. Les profils de poste et l'organisation mise en place au sein de l'EHPAD permettent à des agents d'exercer des missions qui ne disposent pas des qualifications requises et exigées par l'article R.4311-4 du CSP.	P4	Mettre fin aux glissements de tâches et faire assurer les missions au sein de l'Ehpad aux seuls agents disposant des qualifications requises et exigées par l'article R.4311-4 du CSP.	Immédiat	
R12	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 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 HAS-ANESM : mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance - Décembre 2008).	R12	Introduire dans le plan de formation annuelle la thématique de la maltraitance	6 mois	
R13	L'absence dispositif de soutien professionnel du personnel, ne favorise pas l'expression des personnels et ne répond pas aux recommandations de la HAS-ANESM du volet « adaptation à l'emploi ».	R13	Mettre en place un dispositif formalisé de soutien aux professionnels	3 mois	
R14	Lors de la visite, la mission d'inspection a pu constater des odeurs nauséabondes constatées par la mission à l'entrée des cuisines dues à la proximité de la zone « sale » de la lingerie.	R14	Remédier aux odeurs nauséabondes constatées par la mission à l'entrée des cuisines dues à la proximité de la zone « sale » de la lingerie.	Immédiat	
R15	Lors de la visite de l'infirmérie, les médicaments sous forme liquide ainsi que les vitamines des résidents sont rangés dans des casiers non individualisés et sans prescription médicale associée.	R15	Ranger les médicaments de chaque résident (notamment formes liquides et vitamines) dans des contenants individuels nominatifs en y associant la prescription médicale ;	Immédiat	
E5	Le libre accès des résidents aux zones techniques de l'établissement ne permet pas de garantir leur sécurité et contrevient à l'article L.311-3 du CASF.	P5	Sécuriser les accès aux zones techniques de l'établissement	Immédiat	
E6	L'absence de réponse en cas de déclenchement du dispositif d'appel malade ne permet pas de garantir la sécurité des résidents conformément à l'article L.311-3 du CASF.	P6	Sensibiliser les professionnels de l'Ehpad à répondre de manière systématique à tout déclenchement d'un dispositif d'appel malade.	Immédiat	

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	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)	
R16	Selon les entretiens, l'ensemble des PAP ne sont pas systématiquement réévalués une fois par an.	R16	Réévaluer une fois par an les projets d'accompagnement des résidents.	Immédiat	
R17	La mission a constaté l'absence de réunions pluridisciplinaires institutionnalisées.	R17	Mettre en place des réunions pluridisciplinaires institutionnalisées.	Immédiat	
R18	Selon les entretiens, en fonction de contraintes organisationnelles, certains résidents très dépendants, notamment ceux GIR1 ou GIR2, ne sont levés qu'un jour sur deux.	R18	Mettre en place une organisation garantissant que le non lever de certains résidents n'est pas lié aux seules contraintes de fonctionnement des agents et qu'il est validé en réunion pluridisciplinaire en fonction des besoins de la personne.	Immédiat	
R19	Il n'y a pas de protocole "contention", ni d'organisation de leur suivi dans l'établissement.	R19	Elaborer un protocole "contention" et mettre en place une organisation permettant son suivi.	3 mois	
R20	En unité Alzheimer, aucune animation n'est proposée aux résidents.	R20	Proposer une animation aux résidents accueillis en unité Alzheimer.	Immédiat	
R21	Les petits espaces "salle à manger" des étages sont peu conviviaux et dépourvus de toute décoration favorisant ainsi le bien-être et l'appétit des résidents.	R21	Améliorer la convivialité et la décoration des petits espaces "salle à manger" des étages.	3 mois	
R22	Selon les entretiens, les repas mixés servis aux résidents ne font pas l'objet par les professionnels de l'Ehpad d'actions permettant d'améliorer leurs qualités organoleptiques.. .	R22	Mettre en œuvre par les professionnels d'actions permettant d'améliorer les qualités organoleptiques des repas mixés servis aux résidents.	Immédiat	
E7	Selon les entretiens, aucun personnel n'est positionné dans l'unité Alzheimer la nuit, ce qui ne permet pas de garantir la sécurité des résidents conformément à l'article L.311-3 du CASF.	P7	Positionner les personnels de nuit dans l'unité Alzheimer afin de garantir la sécurité de ces résidents.	Immédiat	
R23	Le personnel affecté à l'unité Alzheimer ne bénéficie pas de formation spécifique à la prise en charge des résidents présentant une maladie d'Alzheimer.	R23	Assurer aux personnels affectés à l'unité Alzheimer une formation spécifique à la prise en charge des résidents présentant une maladie d'Alzheimer.	6 mois	
R24	Le risque suicidaire n'est pas évalué, et la prévention du risque suicidaire ne fait pas l'objet de protocole ni de formation du personnel.	R24	Elaborer un protocole relatif à la prévention et à l'évaluation des risques de suicide. Proposer aux personnels soignants une formation concernant cette thématique.	3 mois	
R25	Lors de la visite de l'infirmérie, le sac d'urgence ne comportait aucune fermeture sécurisée, ni de traçabilité de son utilisation.	R25	Mettre en place une fermeture sécurisé sur le sac d'urgence ainsi qu'une traçabilité de son utilisation.	Immédiat	

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	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)	
R26	La mission considère que la structure n'a pas établi de convention avec les établissements partenaires amenés à prendre en charge ses résidents.	R26	Etablir des conventions avec les établissements partenaires amenés à prendre en charge les résidents.	6 mois	