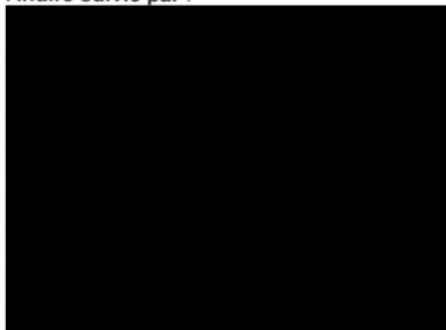


**Direction Générale (ARS)
Conseil Départemental de la Haute-Marne (CD)**

Services émetteurs :
Direction Inspection, Contrôle et Evaluation (ARS)
Direction de l'Autonomie (CD)

Affaire suivie par :



Madame Laëtitia FALLOT
Directrice
EHPAD Les Myosotis
3 rue du Stade
52150 BOURMONT-ENTRE-MEUSE-ET-MOUZON

Objet : Décision administrative, suite à inspection

Madame la Directrice,

Nous avons diligenté, le 24 avril 2024, une inspection à l'EHPAD Les Myosotis, géré par le CCAS de BOURMONT (52).

Nous vous avons transmis le **9 juillet 2024** le rapport d'inspection et les décisions que nous envisagions de prendre.

Conformément au code des relations entre le public et l'administration, nous vous avons demandé de nous présenter, **dans le délai de 1 mois**, vos observations sur les mesures correctives envisagées dans le cadre de la procédure contradictoire vous octroyant ce délai de réponse.

Nous avons réceptionné vos réponses par mail, en date du **18 juillet 2024**.

Après avoir étudié vos observations et pris en compte les actions d'ores et déjà mises en œuvre, nous vous notifions la présente décision.

Prescriptions :

- La prescription n° 1 est levée.
- Les prescriptions n° 2 à 5 sont maintenues en l'absence de la transmission des outils de gouvernance comme le règlement de fonctionnement, de la mise en place de la commission de coordination gériatrique ainsi que de la mise à jour des projets d'accompagnements personnalisés. Les temps du médecin coordonnateur et ses diplômes ne sont pas conformes à la réglementation. De même, la formation en soins de nursing du personnel non qualifié n'est pas encore mise en place.

Recommandations en lien avec des remarques majeures :

- Les 3 recommandations sont levées.

Recommandations en lien avec des remarques simples :

- Les recommandations n° 6, 7 et 9 sont maintenues en l'absence de recrutement d'une infirmière coordonnatrice, de la formation des ASH en soins de nursing, et de l'évaluation annuelle des ASH en attente de recrutement d'un cadre.
- Les autres recommandations sont levées.

La présente décision peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le Tribunal Administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification. La juridiction peut notamment être saisie via une requête remise ou envoyée au greffe du Tribunal Administratif ou aussi par l'application Télérecours citoyens accessible à partir du site <https://www.telerecours.fr>.

Vous adresserez, dans les délais mentionnés après réception du présent courrier, les éléments justificatifs des mesures mises en œuvre et demandées à la **Délégation Territoriale de la Haute-Marne - 82 rue du Commandant Hugueny - CS 22123 - 52905 Chaumont Cedex 9.**

Nous vous prions de noter que les prescriptions maintenues pourront faire l'objet d'un suivi d'inspection avant d'être considérées comme prises en compte par la délégation territoriale de la Haute-Marne.

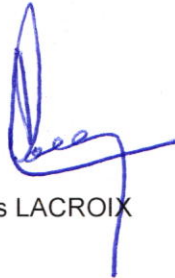
La Directrice Générale
de l'Agence Régionale de Santé Grand Est

Signé électroniquement
Agence Régionale de Santé GRAND EST
La Directrice Générale,
Christelle RATIGNIER-CARBONNEIL
Nancy le 27/11/2024



Dr Christelle RATIGNIER-CARBONNEIL

Le Président
du Conseil départemental de la Haute-Marne



Nicolas LACROIX

Copie :

ARS Grand-Est : Délégation Territoriale de la Haute-Marne

Conseil départemental de la Haute-Marne : Direction de l'Autonomie

**Tableau récapitulatif des prescriptions et recommandations définitivement maintenues,
en lien avec les constats déclinés en écarts, remarques majeures et remarques.**

Ecart (référence)	Page du rapport	Libellé de la prescription	Réponses contradictoire	Décision	Délai de mise en œuvre
E1 Il n'y a pas de règlement de fonctionnement tel que prévu par les articles L.311-7, R.311-33 à 37-1 du CASF	10	Elaborer le règlement de fonctionnement de la structure à destination des résidents	Projet d'établissement 2024-2028 fourni	Levée	/
E2 Il n'y a pas de CCG conformément à l'article D 312-158, 3° CASF.	10	Organiser une commission de coordination gériatrique	Le temps du médecin coordonnateur étant très juste, il n'y a pas de CCG.	Maintenue	6 mois
E3 Le temps de présence du médecin coordonnateur est insuffisant au vu du nombre de résidents (62)	13	Relever le temps du médecin coordonnateur	Le temps de MEDCO serait augmenté dès que le médecin sera à la retraite au 1 ^{er} juillet 2025.	Maintenue	1 an
E4 Le médecin coordonnateur ne dispose pas des diplômes requis	13	Inclure le médecin dans le plan de formation pour valider une formation en gériatrie	Priorité est donnée par l'établissement à la mise en conformité en vue de l'évaluation en novembre 2024. Le médecin s'engagera en formation après sa retraite	Maintenue	1 an
E5 Des agents [ASH] non qualifiés dispensent des soins aux résidents (glissement de tâches), contrevenant aux dispositions de l'article L.312-1 II du CASF.	14	Organiser des actions de formation pour les agents non qualifiés ; Recruter du personnel qualifié en soins de nursing	5 agents n'ont pas de qualification justifiant d'une expérience de plusieurs années en tant que FFAS avec une maîtrise des soins et de l'hygiène et bénéficient des mêmes formations continues que les AS. Les candidatures AS sont rares. La VAE est envisagée mais représente un coût.	Maintenue	1 an
E6 Les projets d'accompagnement personnalisés ne sont pas à jour ou n'existent pas	22	Mettre à jour les PAP de tous les résidents	En cours avec 3 objectifs notés dans chaque dossier de résident.	Maintenue	6 mois

Remarque Majeure		Page du rapport	Libellé de la recommandation	Réponses contradictoire	Décision	Délai de mise en œuvre
R1	Le coffre à stupéfiants destiné aux AS en cas de distribution de stupéfiants en période nocturne n'est pas soudé et présente un risque de disparition	20	Procéder à la mise en sécurité du coffre à stupéfiants destiné aux AS de nuit	Coffre vissé au placard, lui-même fermé à clé.	Levée	/
R2	L'état récapitulatif des stupéfiants ne correspond pas aux quantités comptées lors de la mission d'inspection ; la quantité présente étant supérieure à l'attendu sur base de l'état récapitulatif dans le carnet à souche	20	Mettre à jour l'état récapitulatif des stupéfiants contenus dans le coffre	Explication d'une situation intervenue la veille et oubli de l'IDE. Le MEDEC assurera un contrôle une fois par mois des stocks de médicaments stupéfiants ainsi que la conformité du registre	Levée	/
R3	Absence d'astreinte opérationnelle infirmière en nuit lorsque la situation nécessite la distribution de stupéfiants par l'AS en nuit	21	Revoir l'organisation de la distribution de stupéfiants la nuit par des AS en l'absence d'IDE	Situation très rare (1 fois en 2 ans de présence de la directrice). Mise en place d'alternatives avec les IDE et le MEDCO en cas de besoin	Levée	/

	Remarque	Page du rapport	Libellé de la recommandation	Réponses contradictoire	Décision	Délai de mise en œuvre
R1	L'organigramme n'est pas complet.	9	Compléter l'organigramme	Organigramme joint en annexe	Levée	
R2	Les astreintes de direction ne font pas l'objet d'un document particulier	9	Rédiger un document pour les astreintes de direction	Document d'astreinte joint en annexe	Levée	
R3	Il n'existe pas de plots de sécurité en haut des escaliers entre RDC et 1 ^{er} étage et entre 1 ^{er} et 2 ^{ème} étage	11	Revoir le dispositif de sécurité pour les escaliers pour les résidents	Après avis de la Socotex et conformément à l'arrêté du 25 juin 1980, l'établissement n'est pas autorisé à bloquer le passage des escaliers des étages	Levée	
R4	Le local DASRI est mal entretenu	12	Procéder au nettoyage du local DASRI	Local nettoyé et traçabilité mise en place	Levée	
R5	Le rangement du local stockage du sous-sol est insuffisamment organisé avec mélange de produits d'entretien et de protections hygiéniques, ainsi que de cartons avec des dispositifs non utilisés et à éliminer	13	Organiser le rangement du sous-sol en tenant compte des spécificités et de la dangerosité des produits	Local rangement entièrement réorganisé, avec étiquetage des rayons de produits, palettes disposées sur le sol (photos)	Levée	
R6	L'absence d'IDEC au sein de la structure depuis fin janvier 2024	13	Procéder au recrutement d'une IDEC	Annonce déposée fin janvier 2024, republiée à plusieurs reprises, job dating, ... pas de résultat	Maintenue	6 mois

R7	Les évaluations des ASH sont réalisées par un agent non-cadre.	14	Revoir le niveau hiérarchique pour l'évaluation des AS	Le responsable de maintenance fait valoir ses droits à la retraite dans les deux ans. Dès qu'il y aura un recrutement de cadre, les missions lui seront attribuées.		6 mois
R8	Les ASH ne sont pas nécessairement formées aux soins de nursing.	14	Intégrer dans le programme de formation celle concernant les ASH effectuant des soins	Seules les ASS de nuit aident l'AS aux soins. Les FFAS sont recrutés avec une expérience en services à la personne.	Maintenue	6 mois
R9	Absence de protocole de prise en charge des soins de la douleur au jour de l'inspection.	17	Rédiger un protocole pour la prise en charge de la douleur	Procédure jointe en annexe, rédigée en juin 2024 par le MEDCO	Levée	
R10	Absence d'évaluation gériatrique standard pour les résidents	18	Prévoir un bilan d'évaluation gériatrique dès l'admission des résidents	Evaluation gériatrique réalisée dès l'entrée mais non formalisée. Rédaction d'une procédure d'évaluation en annexe	Levée	
R11	Absence de documents de formation et d'émargement des AS qui ont été formées par le médecin coordonnateur à la distribution de stupéfiants par voie orale	21	Identifier les documents ayant servi de base pour la formation des AS par le MEDEC	Documents fournis	Levée	
R12	La bonbonne d'oxygène présente au pôle soins n'est pas arrimée.	21	Arrimer la bouteille d'oxygène	Procédure et information redonnée à l'équipe IDE en charge de l'O ₂ , avec armoire métallique au RDC du bâtiment, fermée à clé	Levée	
R13	L'organisation des transmissions n'est pas complète et les IDE ne peuvent pas participer aux temps dédiés	23	Revoir l'organisation des soins afin que tous les soignants puissent participer ensemble aux transmissions	Un temps de transmission a lieu tous les jours de 13H30 à 14H avec l'IDE, ainsi qu'en équipe nuit / jour	Levée	

R14	La politique qualité n'est pas déclinée en tant que telle dans le projet d'établissement.	24	Intégrer la politique qualité et gestion des risques dans le projet d'établissement	La culture qualité est déclinée au quotidien par un COPIL 3 fois / an, une cartographie des risques, un plan d'action défini au regard des priorités, une gestion documentaire.	Levée
-----	---	----	---	---	-------