



ARS Grand Est - Direction Générale

Service émetteur :
Direction Inspection Contrôle Evaluation

Affaire suivie par :



M. Richard BERTRAND
Directeur
EHPAD les Mélèzes
26 rue de la piscine
55000 BAR-LE-DUC

Conseil Départemental de la Meuse

Affaire suivie par :



Nos réf. :

Objet : Décision administrative, suite à inspection

P. J. : 1 tableau des prescriptions et recommandations

Monsieur le Directeur,

Nous avons diligenté, le 02 avril 2024, une inspection à l'EHPAD Les Mélèzes à BAR-LE-DUC (55) géré par le groupe Colisée.

Nous vous avons transmis le 17 juin 2024 le rapport d'inspection et les décisions que nous envisageons 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.
Nous avons réceptionné votre réponse en date du 15 juillet 2024.

Après avoir étudié vos observations et pris en compte les actions d'ores et déjà mises en œuvre, qui ont permis de lever certaines prescriptions, recommandations, nous vous notifions la présente décision.

I. Prescriptions

Les prescriptions **Pre.2 et Pre.9** sont levées.

Les prescriptions **Pre.1, Pre.3, Pre.4, Pre.5, Pre.6, Pre.7 et Pre.8** sont **maintenues**.

II. Recommandations

Les recommandations **Rec.4, Rec.5, Rec.18, Rec.23** sont levées.

Les recommandations **Rec.1, Rec.2, Rec.3, Rec.6, Rec.7, Rec.8, Rec.9, Rec.10, Rec.11, Rec.12, Rec.13, Rec.14, Rec.15, Rec.16, Rec.17, Rec.19, Rec.20, Rec.21, Rec.22, Rec.24, Rec.25** sont **maintenues**

Vous trouverez la synthèse de l'ensemble des mesures retenues dans le tableau en annexe.

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 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 Meuse – Pôle Offre Sanitaire et Médico-sociale** (ars-grandest-DT55-medico-social@ars.sante.fr).

Par ailleurs, nous vous prions de noter que les injonctions et prescriptions maintenues pourront faire l'objet d'un suivi d'inspection avant d'être considérées comme prises en compte.

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

Le Président
du Conseil Départemental de la Meuse

Signé électroniquement
Agence Régionale de Santé GRAND EST
Pour la directrice générale et par délégation - Le
Directeur Général Adjoint Métiers,
Frédéric REMAY
Nancy le 09/09/2024



Hélène SIGOT LEMOINE

Helene SIGOT
2024.08.27 07:52:45 +0200
Ref:7053434-10574364-1-D
Signature numérique
Par absence et par délégation,
1ère Vice-présidente déléguée à
l'Education et la Culture

Christelle RATIGNIER-CARBONNEIL

Jérôme DUMONT

Copie :
ARS Grand Est : Délégation Territoriale de la Meuse
Direction de l'Autonomie
Conseil Départemental de la Meuse

Annexe

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

Prescriptions				
Ecart (référence)		Page du rapport	Libellé de la prescription envisagée	Délai de mise en œuvre
E 1	Bien qu'un projet d'établissement existe, celui-ci ne répond pas pleinement aux dispositions des articles L.311-8 et D.311-38 du CASF.	Page 9	Pre 1 Réviser le projet d'établissement, en lien avec les différentes catégories de personnel, surtout avec le médecin coordonnateur et la cadre de santé, en faisant notamment apparaître, conformément aux articles L. 311-8, D.311-38 et au décret n°2024-166 du 29/02/2024 relatif au projet d'établissement : - la politique de prévention de lutte contre la maltraitance, - les mesures propres à assurer les soins palliatifs, Ce nouveau projet devra mentionner : - la date de consultation auprès du Conseil de la Vie Sociale - le plan bleu conforme au cahier des charges de l'arrêté du 7 juillet 2005.	Prescription maintenue 6 mois <i>L'établissement précise que :</i> <i>- la révision du projet d'établissement est programmée à compter du mois de septembre 2024 avec une estimation temporelle de version définitive portée à décembre 2024, et consultation par le CVS lors de la dernière séance de l'année .</i> <i>- Un référent Bientraitance sera nommé à cette même date</i>
E 2	Les délégations de compétence de mission et de signature du directeur n'ont pas été remises à la mission - Article D.312-176-5	Page 10	Pre 2 Transmettre le document de délégation de compétences et de mission du directeur. Si celui-ci n'existe pas, le rédiger,	Prescription levée <i>Le document est transmis.</i>

	du CASF.			et le transmettre à l'ARS ensuite.	
E 3	Un règlement de fonctionnement a été transmis, celui-ci indique sa période de validité : 01/12/2023 au 01/12/2028. Pour autant, il n'est pas possible de déterminer si le règlement de fonctionnement transmis a été validé conformément à la réglementation (articles L.311-7 et R.311-33 du CASF).	Page 10	Pre 3	Appliquer les dispositions prévues à l'article R311-33 du CASF.	Prescription maintenue 6 mois <i>Le règlement transmis est le règlement intérieur à l'usage des professionnels et non un règlement de fonctionnement au sens de l'article L.311-7 du CASF.</i>
E 4	La commission de coordination gériatrique n'est pas mise en place, contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158 3° du CASF.	Page 11	Pre 4	Mettre en place cette commission avec les professionnels concernés. Celle-ci doit se réunir au moins annuellement. La composition et les missions de la commission de coordination gériatrique, sont définis dans l'arrêté du 5 Septembre 2011. Transmettre à l'ARS le compte rendu de la prochaine CCG.	Prescription maintenue 9 mois <i>L'établissement souhaite mettre en place une commission de coordination gériatrique pour le mois de novembre 2024.</i>
E 5	Les DASRI sont dans un containers aluminium sur roues, dans un espace non respectueux de la réglementation. L'espace de stockage et le container ne sont pas fermés. Arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés.	Page 17	Pre 5	Procéder aux aménagements nécessaires pour respecter la réglementation en termes de DASRI et que cet espace ne soit plus commun aux rolls de sacs de linge.	Prescription maintenue 1 mois <i>Un devis a été réalisé pour l'achat d'une armoire de stockage spécifique. Toutefois, ce devis n'est pas validé, ne permettant pas de lever cette prescription.</i>
E 6	Le médecin coordonnateur n'est pas titulaire d'un diplôme d'études spécialisées complémentaire de gériatrie, ou d'un diplôme	Page 21	Pre 6	Encourager le médecin coordonnateur à suivre la formation ou si tel n'est pas son souhait, veiller lors du prochain	Prescription maintenue 12 mois

	d'études spécialisées de gériatrie, ou de la capacité de gérontologie ou d'un diplôme universitaire de médecin coordonnateur d'EHPAD, ou à défaut d'une attestation de formation continue. Cette situation contrevient aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF.			recrutement de médecin coordonnateur, que celui-ci ait les formations requises.	
E 7	Des agents qui dispensent des soins aux résidents sont sans diplôme, ou non transmis à la mission d'inspection, ils sont considérés comme non qualifiés ce qui est contraire aux dispositions de l'article L.312-1 II du CASF.	Page 22	Pre 7	Apporter des éléments de preuve quant à un diplôme en lien avec la prise en soins, ou une validation des acquis d'expérience en cours pour les agents, ou une inscription dans un cursus diplômant. A défaut, les inscrire dans une formation diplômante.	<p>Prescription maintenue</p> <p><i>Une partie des professionnels a suivi la formation e-clore, interne au groupe Colisée. Cette formation n'est pas diplômante, et nécessite d'être suivie par une formation menant à un diplôme, comme cela est le cas pour une partie de ces professionnels.</i></p> <p>6 mois</p>
E 8	La multiplicité des officines, et le manque de communication entre les différents intervenants présente un risque important dans le suivi de la prise en charge médicamenteuse des résidents (article L.311-3 du CASF). La délivrance des médicaments en urgence sans connaître le traitement de fond des résidents présente un risque. De plus, la convention avec la pharmacie de St Dizier a été conclue avec l'EHPAD lorsque celui-ci faisait encore partie du groupe KORIAN, ce qui présente un écart à l'article L.5126-10 II du Code de la santé publique.	Page 27	Pre 8	Réaliser les démarches afin de ne fonctionner qu'avec une seule pharmacie (PDA – livraison comprise – modification des traitements). Réviser la convention avec le nouveau gestionnaire Colisée, et, mentionner le pharmacien référent.	<p>Prescription maintenue</p> <p>6 mois</p> <p><i>L'officine principale va effectuer la livraison des PDA à compter de septembre 2024.</i></p> <p><i>Les démarches ont été effectuées afin de signer une nouvelle convention en septembre 2024.</i></p> <p><i>Toutefois, l'établissement ne précise pas si ces démarches intègrent également la livraison des médicaments en urgence, et de fait l'intervention d'une seule officine.</i></p>

E 9	Ecart à l'article L331-8 du CASF : un événement indésirable grave du mois de janvier 2024 n'a pas été transmis : une panne d'ascenseur s'est produite contraignant un certain nombre de résidents à dormir en salle à manger.	Page 31	Pre 9	Déclarer aux autorités compétentes, systématiquement et sans délai, tout EIG.	Prescription levée <i>La déclaration des EIG est réalisée par l'intermédiaire du logiciel interne DoColisée. Seule l'EIG du mois de janvier n'a pas été déclaré, s'agissant d'un oubli isolé.</i>
------------	---	----------------	--------------	---	---

Recommandations					
Remarque		Page du rapport	Libellé de la recommandation		Délai de mise en œuvre
R 1	Le projet d'établissement n'est pas connu de l'ensemble des professionnels de l'établissement		Page 9	Rec1 Diffuser le projet d'établissement afin qu'il soit connu des professionnels de l'EHPAD.	Recommandation maintenue 9 mois <i>Des réunions pluridisciplinaires sont prévues à compter du mois de septembre pour présenter le nouveau projet d'établissement.</i>
R 2	L'organigramme contient des informations qui ne sont pas à jour : erronées ou manquantes.		Page 10	Rec2 Mettre à jour l'organigramme en cohérence avec les temps de travail, les qualifications, les postes occupés. Clarifier - en lien avec ses responsabilités- l'intitulé du poste de l'attaché de direction auprès d'elle et de la mission d'inspection.	Recommandation maintenue 3 mois <i>Aucune observation notifiée par l'établissement.</i>
R 3	Le règlement de fonctionnement ne fait pas partie de la liste des documents remis au nouveau salarié.		Page 11	Rec 3 Remettre systématiquement le règlement de fonctionnement aux nouveaux salariés. L'intégrer dans la « liste des pièces à donner aux nouveaux salariés ».	Recommandation maintenue Immédiat <i>L'établissement inscrit que cela est réalisé, toutefois, aucun élément n'a été transmis afin de lever cette recommandation.</i>

R 4	L'établissement dispose d'un règlement intérieur datant d'un gestionnaire précédent.	Page 11	Rec 4	Mettre à jour le document.	Recommandation levée <i>Le document transmis est rédigé en date du 26 octobre 2022.</i> <i>Ce n'est pas le document transmis initialement dans le cadre de l'inspection.</i>
R 5	Les décisions prises des réunions hebdomadaires du comité de direction ne sont pas formalisées dans un compte-rendu.	Page 11	Rec 5	Réaliser des comptes-rendus systématiques des réunions du comité de direction.	Recommandation levée <i>Des comptes rendus de CODIR du mois d'avril sont transmis.</i> <i>Il convient de poursuivre leur rédaction systématique.</i>
R 6	L'EHPAD ne dispose pas d'un accueil spécifique avec présence d'un agent.	Page 13	Rec 6	Etudier la possibilité de mettre en place un accueil physique à l'EHPAD.	Recommandation maintenue 6 mois
R 7	Il existe des dangers, liés aux locaux, identifiés ou non, qui peuvent représenter un risque pour les résidents. Ils concernent les points cités supra ainsi que ceux relatifs aux sanitaires individuels.	Page 14	Rec 7	Réaliser une étude d'analyse des risques ; sur les dangers potentiels liés aux locaux et mettre en place des actions correctives dans l'objectif de les sécuriser ou à minima de limiter les risques.	Recommandation maintenue 6 mois <i>L'étude d'analyse des risques est prévue à compter du mois de septembre 2024.</i>
R 8	L'établissement dispose de locaux peu adaptés et désorganisés en termes de rangement avec des produits de catégorie différente (produits d'entretien rangés avec des produits de soin. Entre autres, concernant les deux locaux plan bleu, l'inventaire affiché ne correspond pas avec le stock en présence, des périmés ont été retrouvés. Le stockage des protections est à l'air libre dans certains couloirs.	Page 18	Rec 8	Réaliser une analyse des espaces disponibles et des besoins, afin de redistribuer les locaux en fonction des nécessités recensés. Travailler sur l'aménagement des locaux, notamment avec du matériel adapté (étagères, armoires fermées pour les protections notamment...), de façon ordonnée et cohérente, dans une maîtrise de gestion des stocks notamment pour les	Recommandation maintenue 6 mois <i>Aucune observation notifiée par l'établissement.</i>

	L'infirmierie n'est pas adaptée.			locaux plan bleu.	
R 9	Les professionnels ne disposent pas de matériels adaptés type chariot pour déplacer les sacs de linge sale et les poubelles.	Page 18	Rec 9	Mettre en place du matériel, permettant de limiter le port de charge pour les salariés de l'établissement.	Recommandation maintenue 6 mois
R 10	Le jour de l'inspection, le réseau informatique présentait des difficultés majeures de connexion problématiques pour l'accès aux dossiers de soin et aux ressources documentaires. Ces difficultés sont décrites comme récurrentes lors des entretiens.	Page 19	Rec 10	Solutionner les problèmes de stabilité informatique et anticiper l'impact de ces coupures informatiques sur la continuité des soins.	Recommandation maintenue 3 mois <i>Aucune observation notifiée par l'établissement.</i>
R 11	L'établissement ne dispose pas de matériel permettant d'accompagner les résidents dans la perte progressive de l'autonomie type guidon de transfert, planche de transfert. Il n'y a pas de personnel dédié pour accompagner le personnel à l'utilisation du matériel déjà disponible (verticalisateur, rails de transfert) qui est peu utilisé.	Page 20	Rec 11	Réaliser une étude des besoins en matériel pour l'évolution de l'accompagnement des résidents, en fonction de leur dépendance. Prévoir l'acquisition du matériel nécessaire en lien avec l'étude réalisée. Accompagner le personnel à l'utilisation du matériel	Recommandation maintenue 6 mois <i>Aucune observation notifiée par l'établissement.</i>
R 12	L'utilisation de 2 outils de suivis différents pour les commandes des protections présente un risque de perte d'information car la mise à jour du tableau de suivi de la référente ne relève que de cette dernière alors que le logiciel HARTMANN est accessible à tous, ce qui est plus sûr en cas d'absence de la référente.	Page 20	Rec 12	Favoriser l'utilisation et la mise à jour du logiciel HARTMANN pour le suivi, la mise à jour et les commandes des protections, afin que les données soient accessibles au plus grand nombre. S'assurer de la bonne maîtrise du logiciel par la référente.	Recommandation maintenue 1 mois <i>Aucune observation notifiée par l'établissement.</i>

R 13	L'IDEC indique avoir suivi une formation de management avec Korian, mais aucun document transmis à la mission n'en atteste.	Page 21	Rec 13	<p>Transmettre l'attestation de formation de l'IDEC.</p> <p>Sinon,</p> <p>Evaluer les besoins en formation spécifique pour accompagner l'IDEC dans son poste de coordination.</p> <p>L'inscrire dans une formation en lien avec les besoins recensés.</p>	<p>Recommandation maintenue</p> <p>1 mois</p> <p>3 mois</p> <p>6 mois</p> <p><i>L'établissement précise avoir inscrit l'IDEC à la réalisation d'une VAE.</i></p> <p><i>Toutefois, il n'est pas précisé l'intitulé de la VAE et aucun document n'est transmis.</i></p>
R 14	Bien qu'en termes d'organisation de jour, l'effectif soin est passé de 5 à 6, certains jours, parfois 5 de ces personnes citées en lien avec l'écart n°7 ne travaillent qu'avec une seule diplômée AS (exemple : les 17, 18 mars).	Page 22	Rec 14	S'assurer que les personnes faisant fonction et en charge de soin soient accompagnées d'AS diplômées dans une juste proportion.	<p>Recommandation maintenue</p> <p>3 mois</p>
R 15	Il existe des incohérences entre ce qui est indiqué sur l'organigramme vis-à-vis du fichier Excel nominatif RH et du planning.	Page 22	Rec 15	Mettre en corrélation les documents.	<p>Recommandation maintenue</p> <p>3 mois</p> <p><i>Aucune observation notifiée par l'établissement.</i></p>
R 16	Le personnel ne dispose pas de fiche de poste précisant les contours des missions qui leur sont dévolues. L'établissement n'a pas transmis les fiches de poste demandées, mais des fiches de tâches horaires, ne correspondant pas à la demande formulée par la mission.	Page 23	Rec 16	Rédiger et mettre à disposition à l'ensemble des personnels des fiches de postes, précisant les missions et compétences attendues.	<p>Recommandation maintenue</p> <p>6 mois</p> <p><i>Aucune observation notifiée par l'établissement.</i></p>
R 17	En définissant un horaire mixant des interventions en soins et en	Page 23	Rec	Revoir et clarifier les fiches de tâches en précisant le type de	<p>Recommandation maintenue</p> <p>3 mois</p>

	hébergement, supporté par des professionnels non qualifiés pour celles-ci, il existe un risque de glissement de tâches et confusion pour les agents.		17	soins (accompagnement), les temps dédiés accompagnement soins/ Hôtellerie, prenant en compte les qualifications des intervenants amenés à les effectuer, et les mettre en place.	<i>Aucune observation notifiée par l'établissement.</i>
R 18	L'établissement ne dispose pas d'un plan de formation pour l'année 2024.	Page 23	Rec 18	Mettre en place une politique Formation en lien avec le groupe COLISEE, l'inscrire dans le projet d'établissement notamment sur le sujet de la bientraitance. Formaliser le plan de formation pour 2024, et mettre en place les actions de formations notamment sur la gestion de crise.	Recommandation levée <i>Le plan de formation 2024 est transmis.</i>
R 19	En séparant le projet d'accompagnement du projet de soins, en ne réalisant pas les projets de vie de manière pluridisciplinaire, en se cantonnant à 3 items généraux pour formaliser les projets d'accompagnement, l'établissement ne prend pas en compte les bonnes pratiques de l HAS -décembre 2008- pour la réalisation des projets de vie des résidents accueillis.	Page 28	Rec 19	Revoir le mode de réalisation des projets de vie, notamment la dimension pluridisciplinaire, et multidimensionnel (accompagnement et soins) de ceux-ci. S'assurer que les projets réalisés soient portés à la connaissance de l'ensemble des professionnels de l'établissement.	Recommandation maintenue 6 mois <i>Aucune observation notifiée par l'établissement.</i>
R 20	La multiplicité des tâches de l IDEC est très conséquente : rédaction et suivi des plannings, recrutements des AS et IDE et supérieure hiérarchique de celles-ci, visites à domicile -et hôpital- d'admission, pilotage des soins, formations, en l'absence d'ergothérapeute, elle assure les commandes des matériels, des protections hygiéniques dispositifs médicaux, alimentation, maître de stage pour	Page 30	Rec 20	Etudier quelles missions actuelles de l IDEC pourraient être attribuées à une personne référente (IDE / AS). Nommer ces personnes référentes. Etablir la fiche de poste de l IDEC et une fiche de missions des référentes.	Recommandation maintenue 3 mois <i>L'établissement indique avoir mis en place une référente hygiène.</i> <i>Aucun élément n'est transmis.</i>

	les stagiaires et apprentis, participe aux CODIR, Commissions gériatriques, renseigne le dossier médical, prépare le plan d'action de soins, se déplace parfois à St Dizier pour récupérer les traitements), et l'absence de fiche de poste ne permet pas d'encadrer sa pratique.				
R21	<p>Le directeur de l'établissement mentionne des conventions signées avec l'HAD, et l'équipe mobiles de soins palliatifs.</p> <p>La mission n'a pas eu accès à ces documents.</p> <p>Par ailleurs, un lien existe avec l'équipe mobile de psycho-gériatrie, mais aucune convention n'a été signée.</p>	Page 30	Rec 21	<p>Transmettre les conventions signées avec l'HAD, l'EMSP, si elles existent.</p> <p>Dans le cas contraire, mettre en place des conventions.</p> <p>Mettre en place une convention avec l'équipe mobile de psycho-gériatrie.</p>	<p>Recommandation maintenue 1 mois <i>Aucune observation notifiée par l'établissement.</i></p> <p>6 mois</p> <p>6 mois</p>
R 22	Il n'y a pas de PAQSS formalisé.	Page 31	Rec 22	En lien avec les EIG, les EI, les réclamations, les problèmes relatés en CVS, le plan qualité soins évoqués ci-dessous, mettre en place un PAQSS avec des volets dissociés selon les sujets (hébergement, restauration, organisation, animation, soins etc.).	<p>Recommandation maintenue 3 mois <i>Aucune observation notifiée par l'établissement.</i></p>
R 23	<p>Un enregistrement des EI est réalisé mais il n'y a pas de classement en termes de gravité, et le suivi n'est pas précisé dans son détail.</p> <p>Il y a du retard dans leur traitement, exemple : un EI de début mars 2024 n'est pas traité alors qu'il s'agit d'une ingestion accidentelle d'un antipsychotique par une résidente.</p>	Page 31	Rec 23	<p>Travailler sur le traitement et le suivi des événements indésirables.</p> <p>Rédiger une charte d'incitation à la déclaration, et en faire la promotion auprès des équipes.</p>	<p>Recommandation levée <i>L'établissement transmet la charte d'incitation à la déclaration des événements indésirables.</i></p> <p><i>Des réunions de présentation aux équipes ont déjà été réalisées, et l'établissement indique en prévoir de nouvelles.</i></p>

	En outre, aucun retour n'est réalisé auprès du déclarant. La charte d'incitation à la déclaration, bien que demandée dans la liste des documents, n'a pas été transmise.				
R 24	Les réclamations ne sont ni formalisées, ni suivies.	Page 31	Rec 24	Travailler sur le recueil, le suivi et la formalisation des réclamations.	Recommandation maintenue 3 mois <i>L'établissement indique le mode de recueil des événements indésirables et non des réclamations.</i>
R 25	Il existe un plan bleu, qui a pour base la trame du groupe Colisée, et qui a été en partie complété par l'établissement. Celui-ci n'est pas daté et reste peu exploitable en pratique.	Page 32	Rec 25	Finaliser le plan bleu et en faire la communication	Recommandation maintenue 3 mois <i>En l'absence de pièce justificative, la recommandation est maintenue.</i>