



Direction Inspection, Contrôle et Evaluation

Affaire suivie par :

Courriel :



Département de la Moselle

Direction de la Solidarité

Affaire suivie par :

Courriel :

Madame la Directrice
EHPAD Les Sources
24 rue Notre Dame
57415 MONTBRONN

Objet : Décision administrative, suite à inspection

P. J. : 1 tableau des écarts et remarques (annexe 1)

Dans le cadre des suites de « l'affaire Orpea », le gouvernement a annoncé le lancement d'un plan national d'inspection et de contrôle des 7 500 EHPAD de France en 2 ans, à mener par les ARS en lien avec les départements. Une Orientation Nationale d'Inspection Contrôle transmise en juillet 2022 en définit les modalités selon une méthodologie harmonisée. Elle prévoit un contrôle exhaustif et gradué de l'ensemble des établissements soit par un contrôle sur pièces, soit par une inspection sur place.

L'enjeu est d'améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents.

Dans ce cadre, une inspection inopinée conjointe entre l'ARS et le Département de la Moselle avait été diligentée le 10 octobre 2023 à l'EHPAD « les Sources » situé à MONTBRONN. Les membres de l'équipe d'inspection avaient procédé à une visite des locaux et à des entretiens avec différents personnels, conformément aux missions de contrôles prévues à l'article L.313-13 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).

Le rapport d'inspection ainsi que le recueil d'observations préalable à décision administrative vous ont été transmis en date du 15 janvier 2024.

Dans le cadre de la procédure contradictoire, prévue à l'article L.122-1 du code des relations entre le public et l'administration, vous avez apporté vos éléments de réponse en date du 15 février 2024, dont nous avons tenu compte.

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

Les prescriptions suivantes sont maintenues : 2, 3, 4, 5. Les recommandations suivantes sont maintenues : 7, 12, 14, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29 ,30, 31.

La prescription 1 est levée. Les recommandations suivantes sont levées : 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 20, 24.

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 Télerecours 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 aux adresses suivantes :

Agence Régionale de Santé Grand Est
Secrétariat de la Direction de l'Inspection, contrôle et Evaluation
3 boulevard Joffre - CS 80071 - 54036 NANCY CEDEX

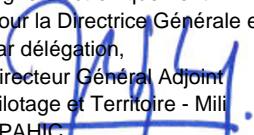
Monsieur le Président
Département de la Moselle
1, rue du Pont Moreau
CS 11096
57036 METZ CEDEX

Et sous forme dématérialisée aux adresses mails indiquées ci-dessus (contacts).

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

Virginie CAYRÉ

Signé électroniquement
Pour la Directrice Générale et
par délégation,
Directeur Général Adjoint
Pilotage et Territoire - Mili
SPAHC
Mili SPAHIC



Le Président du Département
de la Moselle

Patrick WEITEN



Copie :

ARS Grand-Est :

- Délégation territoriale de Moselle
- Direction de l'Autonomie

Département de la Moselle

Annexe 1

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

Ecarts		Référence	Libellé de la prescription		Délai de mise en œuvre
E1	La mission n'a pas reçu de comptes rendus de la commission de coordination gériatrique au titre de 2023, ce qui ne permet pas de garantir sa tenue, conformément à l'article D.312-158 du CASF.	Article D.312-158 du CASF.	P1	Mettre en place la commission de coordination gériatrique afin de d'appliquer les dispositions de l'article D.312-158 du CASF et conformément aux dispositions de l'arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique.	1 an
<p>Vous avez transmis comme éléments de réponse l'invitation relative à la commission de coordination gériatrique qui s'est tenue le 12 décembre 2023 ainsi que la liste d'émargement des personnes présentes à cette instance. L'écart est levé. Il est noté néanmoins que le compte-rendu transmis n'apporte aucune précision sur les échanges qui ont pu avoir lieu.</p>					
E2	Le local dédié aux DASRI n'est pas conforme à la réglementation.	Article 8 de l'arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques	P2	Organiser le local dédié aux DASRI conformément à la réglementation.	3 mois
<p>Vous indiquez avoir sécurisé le local intermédiaire dédié aux DASRI sans apporter d'éléments de preuve. L'écart est maintenu.</p>					
E3	Le temps de travail du médecin coordonnateur n'est pas conforme à la réglementation. Pour un établissement dont la capacité située entre 60 et 99 places, ce temps de travail doit être de 0,6 ETP.	Article D.312-156 du CASF	P3	Proposer au médecin coordonnateur actuel d'augmenter son temps de travail dans l'objectif de respecter les dispositions réglementaires. Par ailleurs, dans le cadre d'un futur recrutement, proposer ce poste à hauteur de 0,6 ETP.	6 mois
<p>Vous avez transmis la proposition écrite que vous avez formulé à votre médecin coordinateur afin d'augmenter son temps de travail ainsi que son refus, du fait d'une charge de travail conséquente concernant son activité libérale. Vous avez par ailleurs publié une offre d'emploi pour compléter le temps de travail du médecin coordinateur et ainsi, vous conformez à la réglementation. L'écart est maintenu dans l'attente des résultats de vos démarches. Néanmoins, nous soulignons votre investissement pour trouver une solution.</p>					

E4	Tous les résidents ne disposent pas d'un projet d'accompagnement personnalisé.	Article D.312-155-0, 3°	P4	Poursuivre la rédaction des projets personnalisés dans l'objectif d'en faire un véritable outil de coordination visant à répondre aux besoins et aux attentes des personnes accueillies et conformément à l'objectif fixé en interne, d'ici la fin de l'année.	6 mois
Nous prenons note du planning prévu pour actualiser les projets d'accompagnement personnalisé et nous comprenons la difficulté de réaliser cette tâche sans une compétence de psychologue. L'écart est maintenu dans l'attente de la mise en œuvre du planning prévu.					
RM 1	Le circuit du médicament n'apparaît ni maîtrisé, ni sécurisé, dans aucune de ses étapes, de la préparation à la dispensation. Ce point doit faire l'objet d'un plan d'actions en priorité, dans l'objectif de prévenir tout risque d'erreur médicamenteuse qui, à ce stade, n'est pas à écarter.	/	P5	Organiser le circuit du médicament dans l'objectif d'en sécuriser chacune des étapes : Le rangement de l'infirmérie doit être revu afin d'améliorer la gestion et l'optimisation des stocks. La maintenance du matériel permettant la dispensation des médicaments doit être réalisée (notamment concernant le chariot de médicaments de l'UVP). La vérification des stocks dans l'objectif de contrôler les différentes dates de péremption (médicaments et dispositifs médicaux) doit être effective. La conservation des traitements et leur identification, en fonction des différents résidents, doivent faire l'objet d'une vigilance particulière. La traçabilité de la dispensation des traitements doit être renforcée. La gestion des stupéfiants doit être revue dans l'objectif d'en maîtriser le suivi des stocks en termes d'entrée et de sortie.	3 mois
Vous indiquez avoir planifié un audit relatif au circuit du médicament (le 21 février 2024), en lien avec un référent métier du Groupe SOS. Nous prenons acte de cette démarche positive. L'écart est maintenu dans l'attente des résultats de l'audit, que vous transmettrez à la mission d'inspection, ainsi que dans l'attente de la mise en œuvre de mesures correctives.					

Remarques		Libellé de la recommandation		Délai de mise en œuvre
R 1	La continuité de la fonction ne fait pas l'objet d'une procédure formalisée.	Rec1	Formaliser une procédure organisant la continuité de la fonction de direction dans l'objectif de la partager avec le personnel.	3 mois
La mission prend acte des éléments transmis pour décrire l'organisation de la continuité de la fonction de direction. La recommandation est levée.				
R 2	La mission n'a pas été destinataire d'un document décrivant l'organisation des astreintes administratives et techniques mises en place par le groupe SOS.	Rec2	Transmettre le document indiquant le fonctionnement des astreintes de direction. A défaut, réaliser un document dédié.	1 mois
Vous avez transmis différentes procédures permettant de formaliser l'organisation des astreintes. La recommandation est levée.				
R 3	Il n'est pas possible de déterminer si le règlement de fonctionnement est transmis aux nouveaux personnels de l'EHPAD.	Rec3	Transmettre à la mission le livret d'accueil des personnels.	1 mois
Vous avez transmis le livret d'accueil transmis aux salariés ainsi qu'un document spécifique transmis aux AS. Le livret d'accueil apparaît très complet quant aux informations relatives au Groupe SOS. Il serait opportun d'y intégrer des informations spécifiques à l'établissement dans un souci de fournir des éléments précis aux nouveaux salariés. Par ailleurs, la mission souligne que le document relatif aux AS est très complet et opérationnel. La recommandation est levée.				
R 4	Les CR transmis à la mission ne sont pas tous signés et datés, de sorte qu'il n'est pas possible de déterminer si ces CR ont fait l'objet d'une validation du CVS et d'une diffusion à ses membres.	Rec4	Procéder à la validation systématique, en CVS, des CR des différentes réunions et les diffuser.	3 mois
Vous avez transmis un CR signé du CVS du 27 avril 2023. Par ailleurs, vous indiquez procéder à la signature systématique des CR du CVS, par le président. La mission prend acte de cet engagement. La recommandation est levée.				
R 5	Le CR de la séance du 27 avril 2023 du CVS n'a pas été transmis.	Rec5	Transmettre le CR du 27 avril 2023.	1 mois
Vous avez transmis le CR demandé de la séance du 27 avril 2024. La recommandation est levée.				

R6	Les documents transmis sont peu détaillés et ne permettent pas de se rendre compte des échanges et des orientations prises lors des CODIR. Il n'est pas indiqué s'ils sont diffusés. De plus, parmi les 6 fichiers des relevés de décisions de CODIR 2023, 5 ne correspondent pas à leur contenu. En effet, lorsqu'ils sont ouverts, ceux du 14/02/2023, 20/02/2023 et 28/02/2023 sont en réalité le PV du CVS du 14/09/2023. Les relevés de décisions du CODIR du 04/04/2023 et 26/06/2023 correspondent au relevé du CODIR du 19/09/2023.	Rec6	Formaliser des comptes rendus de CODIR dans l'objectif d'en faire un véritable outil de pilotage et de communication des orientations et des décisions prises pendant ces réunions. Mener une réflexion sur la diffusion de ces comptes rendus.	3 mois
----	---	------	---	--------

Vous avez transmis des CR des différents CODIR. La recommandation est levée.

R7	Il a été indiqué à la mission que la surface dédiée aux locaux de stockage au sein de l'établissement n'était pas suffisante. Cependant, au cours de la visite, la mission a pu constater que les surfaces disponibles pour le stockage étaient plutôt satisfaisantes et qu'il était nécessaire de les optimiser.	Rec7	Organiser les locaux de stockage à disposition au sein de l'établissement de sorte qu'ils répondent aux besoins des personnels.	6 mois
----	---	------	---	--------

Vous indiquez avoir réorganisé et optimisé les locaux sans éléments de preuve particuliers. La recommandation est maintenue.

R8	Le meuble buffet présent dans la salle commune de l'UVP permet de rendre cet espace convivial et familial, l'objectif étant notamment de permettre d'autonomiser les résidents à la mise en place de la table lors des repas. Cependant, il n'est pas sécurisé à minima puisque des couverts, et notamment des couteaux pointus, sont accessibles.	Rec8	La mission n'est pas opposée à cet aménagement et souligne l'intérêt de son objectif mais il convient de veiller à sécuriser l'accès à des objets potentiellement dangereux.	3 mois
----	--	------	--	--------

La mission prend acte du rangement des couteaux à bout pointu dans un tiroir sécurisé. La recommandation est levée.

R9	Au niveau du coin cuisine de l'UVP, un placard était ouvert et accessible aux résidents, donnant accès à des produits d'hygiène, notamment des pastilles dédiées au lave-vaisselle.	Rec9	Vérifier le verrouillage systématique des emplacements de stockage de produits potentiellement dangereux pour les résidents.	1 mois
----	---	------	--	--------

La mission prend acte de la sécurisation des emplacements de stockage des produits potentiellement dangereux. La recommandation est levée.

R10	Au niveau de la cuisine, au 1er étage, se trouve un tableau comportant des fiches par résident et indiquant s'il prend de la nourriture mixée ou non. Le tableau est tombé et toutes les fiches ne sont plus à leur place, générant des risques de confusion s'agissant du régime alimentaire des résidents identifiés comme pouvant faire potentiellement des fausses routes.	Rec10	Veiller à revoir et à mettre en place une organisation sécurisée de la typologie de la nourriture pour les résidents.	1 mois
-----	--	-------	---	--------

La mission prend acte de la nouvelle organisation relative à l'affichage concernant la typologie des différents régimes alimentaires. **La recommandation est levée.**

R11	Le réfrigérateur présent dans l'UVP présente une température de 9°C le jour de la visite. Le relevé de température présent indique les mesures à adopter en cas de dépassement d'un certain seuil. Cependant, bien que cela ait été inscrit, aucune démarche n'a été entreprise	Rec11	Poursuivre le relevé de température du réfrigérateur de l'UVP et appliquer les dispositions présentes en cas de dépassement des maximales indiquées.	1 mois
-----	---	-------	--	--------

La mission prend acte de la transmission de la fiche de relevé des températures. **La recommandation est levée.**

R12	Les extincteurs présents au sein de l'UVP sont librement accessibles à tout le monde et ne sont pas sécurisés dans des coffrets.	Rec12	Sécuriser l'accès aux extincteurs de l'UVP en les disposant dans des coffrets prévus à cet effet.	1 mois
-----	--	-------	---	--------

La mission prend acte de la commande des housses pour les extincteurs. **La recommandation est maintenue dans l'attente de la mise en place de leur sécurisation.**

R13	La mission souligne que la gestion des stocks et des péremptions potentielles des consommables n'est pas suffisamment organisée de sorte qu'il n'est pas possible d'avoir un état des lieux exhaustif du matériel à disposition et de véritablement anticiper les commandes.	Rec13	Organiser le suivi des stocks de matériels et des péremptions des consommables au sein de l'établissement.	6 mois
-----	--	-------	--	--------

La mission prend acte de la nouvelle organisation du stockage du matériel. **La recommandation est levée.**

R14	Le médecin coordonnateur est médecin généraliste d'une trentaine de résidents de l'établissement, pour pallier le manque de médecins traitants. Cependant, cela empiète sur son temps de médecin coordonnateur, pouvant mettre en difficulté l'exercice optimal de cette fonction	Rec14	Organiser une réflexion collégiale pour alléger la charge du médecin et lui permettre d'exercer sereinement ses fonctions de médecin coordonnateur.	6 mois
-----	---	-------	---	--------

La mission prend acte de la réunion qui doit s'organiser sur la répartition du temps de travail du médecin coordonnateur. **La recommandation est maintenue dans l'attente des résultats de cette réunion.**

R15	Si un document, par ailleurs complet, existe à destination des intérimaires, il apparaît que l'organisation de leur accueil n'est pas suffisamment connue et en place.	Rec15	Renforcer l'accueil des intérimaires, et globalement des nouveaux arrivants au sein de l'établissement, en assurant notamment une large diffusion du document existant.	3 mois
-----	--	-------	---	--------

La mission a pris connaissance du document transmis et souligne qu'il est complet. **La recommandation est levée.**

R16	La surveillance du poids n'est pas systématiquement tracée, la surveillance de la nutrition n'est pas tracée.	Rec16	Il convient de mettre en place une surveillance régulière de la nutrition, un dépistage de la dénutrition et de tracer ces éléments dans les dossiers.	3 mois
-----	---	-------	--	--------

La mission prend acte de l'organisation mise en place dans le cadre du suivi de la nutrition des résidents et de la prévention de la dénutrition. Cependant, les comptes rendus transmis ne correspondent pas à des comptes rendus de réunions relatives aux soins. Il s'agit du compte-rendu du CVS du 14 septembre 2023. Par ailleurs, la mission souligne la mise en œuvre d'une procédure relative à la dénutrition ainsi que la mise en œuvre d'un poste de référent nutrition. Cependant, il n'est pas indiqué qui est le référent nutrition. **La recommandation est maintenue dans l'attente de la consolidation de cette organisation.**

R17	La surveillance de l'hydratation n'est pas systématiquement tracée.	Rec17	Il convient de mettre en place une surveillance régulière de l'hydratation et un dépistage de la déshydratation.	3 mois
-----	---	-------	--	--------

Vous indiquez faire figurer une action relative à l'aide à l'hydratation dans la PAQ. La mission prend acte de cette démarche. **La recommandation est maintenue dans l'attente de la mise en œuvre effective de l'action.**

R18	Si la question des chutes semble prise en compte, la traçabilité de cette surveillance et des chutes apparaît plus aléatoire.	Rec18	Il convient de tracer les chutes et la surveillance afférente.	3 mois
-----	---	-------	--	--------

Vous indiquez faire figurer une action relative à la surveillance des chutes dans la PAQ. Par ailleurs, vous avez transmis une procédure « chutes » et vous précisez qu'une sensibilisation sera faite auprès des personnels. La mission prend acte de cette démarche. **La recommandation est maintenue dans l'attente de la mise en œuvre effective de ces actions.**

R19	Le protocole contention n'a pas été revu depuis 2018 et les prescriptions de contention ne sont pas toutes réévaluées régulièrement.	Rec19	Réévaluer régulièrement la contention des patients et de détruire les prescriptions n'étant plus d'actualité.	1 mois
-----	--	-------	---	--------

Vous indiquez avoir ajouté au PAQ des actions relatives à la gestion des contentions. Par ailleurs, vous avez transmis une procédure « contention ». La mission prend acte de cette démarche et de la procédure. **La recommandation est maintenue dans l'attente de la mise en œuvre effective des actions du PAQ.**

R20	Si la question des escarres et des soins de peau apparaît prise en compte, la traçabilité de cette surveillance est plus aléatoire.	Rec20	Tracer de manière régulière la surveillance cutanée des personnes à risque.	1 mois
-----	---	-------	---	--------

La mission prend acte de l'organisation prévue s'agissant de la surveillance cutanée des personnes à risque d'escarre. **La recommandation est levée.**

R21	Il existe un défaut de traçabilité des consignes de soins et de la réalisation effective de ces soins lorsqu'ils sont prescrits.	Rec21	Renforcer la traçabilité des différents soins.	3 mois
-----	--	-------	--	--------

Vous indiquez que l'établissement s'est doté de tablettes pour faciliter la traçabilité des soins. Par ailleurs, la traçabilité fait l'objet d'actions ajoutées au PAQ. La mission souligne cette démarche. **La recommandation est maintenue dans l'attente de sa consolidation.**

R22	La base documentaire, très importante, relative aux protocoles de soins n'est pas suffisamment connue et complète (notamment par rapport à certains protocoles importants comme le protocole relatif à l'insuline et au patient diabétique).	Rec22	Renforcer la connaissance des personnels relative à l'existence et à l'utilisation des différents protocoles. Par ailleurs, faire un point sur la complétude de la base documentaire existante et la compléter, en fonction des besoins des personnels.	6 mois
-----	--	-------	---	--------

Vous indiquez avoir ajouté des actions au PAQ, relatives à l'organisation de sessions de sensibilisation au logiciel Blue Kango. La mission prend acte de cette démarche. La recommandation est maintenue dans l'attente de la mise en œuvre des sessions de sensibilisation.

R23	Les observations médicales et de l'équipe IDE/AS dans les dossiers informatiques sont assez aléatoires et leur fréquence est très variable.	Rec23	Mettre en place des observations régulières pour garantir la traçabilité des soins réalisés et permettre une prise en charge adaptée.	3 mois
-----	---	-------	---	--------

En lien avec la recommandation précédente, cette recommandation est maintenue dans l'attente de la mise en œuvre des sensibilisations relatives aux transmissions.

R24	Les dossiers médicaux papier sont dans une armoire qui peut fermer à clef mais qui est ouverte le jour de l'inspection, avec donc un accès pour tout personnel connaissant le code de la porte du couloir.	Rec24	Les dossiers médicaux doivent être conservés de façon sécurisée.	3 mois
-----	--	-------	--	--------

Vous avez transmis une photographie, attestant de la sécurisation de l'armoire des dossiers médicaux. La recommandation est levée.

R25	Le respect du rythme de vie des résidents n'apparaît pas satisfaisant en l'état	Rec25	Mener une réflexion sur le respect du rythme de vie des résidents, en lien avec l'organisation du travail et la réalisation des différentes tâches à réaliser.	6 mois
-----	---	-------	--	--------

Vous indiquez avoir ajouté une action au PAQ relative au rythme des résidents. La mission prend acte de cette démarche. La recommandation est maintenue de l'attente de la mise en œuvre de cette action.

R26	Les transmissions écrites ne sont pas suffisamment fréquentes.	Rec26	Assurer une traçabilité des transmissions dans le dossier des résidents.	3 mois
-----	--	-------	--	--------

Vous n'avez pas apporté d'éléments de réponse à cette remarque. La recommandation est maintenue.

R27	La mission a été destinataire de fichiers reprenant trois comptes rendus de soins : 21/03/2023, 25/04/2023 et 06/06/2023. Il est impossible de s'approprier et analyser le contenu desdites réunions car chacun des fichiers est en réalité le compte rendu du CVS du 14/09/2023	Rec27	Transmettre les comptes rendus de soins des 21/03/2023, 25/04/2023 et 06/06/2023.	1 mois
-----	--	-------	---	--------

Vous n'avez pas apporté d'éléments de réponse à cette remarque. La recommandation est maintenue.

R28	Les transmissions à destinations des différents médecins traitants se font dans des cahiers papier (un par médecin) ; si la date de la transmission est notée, l'auteur des transmissions n'est pas identifié. De même, pour la réalisation de l'action demandée, elle est « barrée » sans identification de qui l'a fait ni de date.	Rec28	Améliorer la traçabilité, notamment dans le dossier médical des résidents, des transmissions et leur suivi pour permettre de savoir qui fait quoi et quand.	3 mois
-----	---	-------	---	--------

Vous n'avez pas apporté d'éléments de réponse à cette remarque. La recommandation est maintenue.

R29	Il n'existe pas d'impression du DLU en format papier en cas de panne informatique ; de plus le DLU est plus ou moins complet selon l'état de complétude du dossier médical	Rec29	S'assurer que tous les DLU sont complets et organiser leur mise à jour régulière.	1 mois
Vous n'avez pas apporté d'éléments de réponse à cette remarque. La recommandation est maintenue.				
R30	Le circuit des EIG n'est pas suffisamment maîtrisé par les personnels. De plus, il n'y a pas de retour d'expérience organisé à destination des personnels dans le cadre du signalement des EIG.	Rec30	Renforcer l'acculturation au circuit des EIG auprès des personnels et organiser des retours d'expérience, dans l'objectif de mettre en œuvre une dynamique d'amélioration continue des pratiques.	6 mois
Vous n'avez pas apporté d'éléments de réponse à cette remarque. La recommandation est maintenue.				
R31	Le matériel qui se trouve au sein du local plan bleu n'est pas répertorié, ou estampillé comme la caisse verte comprenant du glucose, et il n'y a aucun suivi des péremptions ni d'organisation du rangement. La mission retrouve des bouteilles d'eau périmées au 28/05/2020 qui seraient destinées à une éventuelle toilette des résidents. Aucune mention visible en ce sens n'existe. D'autres produits périmés sont identifiés : trois bidons de détergent dont la date de péremption est en octobre et novembre 2022. Des tubulures de juin 2021, des gants, des lingettes, du glucose, des sets de pose de perfusion, du NACL etc. alors qu'une vérification a été tracée en mars 2023.	Rec31	Procéder au recensement du contenu du local plan bleu. Se séparer des produits périmés et les remplacer. Bâtir une liste des produits ainsi présents et veiller à suivre leur quantité et leur péremption.	3 mois
Vous n'avez pas apporté d'éléments de réponse à cette remarque. La recommandation est maintenue.				