

Direction Inspection, Contrôle et Evaluation

Affaire suivie par :

[REDACTED]

Courriel :

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Madame La Directrice
EHPAD les Acacias
7 rue Jean Baptiste Charcot
57950 MONTIGNY LES METZ

département de la Moselle :

[REDACTED]
[REDACTED]

Objet : Décision administrative, suite à inspection

P. J. : 1 tableau des prescriptions et recommandations

Madame la Directrice,

Nous avons diligenté, le 12 avril 2023, une inspection de votre établissement.

Nous vous avons transmis le 05 septembre 2023, 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 15 jours**, vos observations sur les mesures correctives envisagées.

La mission a pris connaissance des conclusions favorables de l'évaluation externe, pour autant et comme le précise la HAS, ces évaluations ne sont pas des missions d'inspection et n'ont pas les mêmes objectifs.

Nous vous notifions par conséquent la présente décision définitive.

1- Les prescriptions

Les **prescriptions 1, 3, 6, 7, 8** sont levées.

La **prescription 2** est maintenue tant que le recrutement d'IDE n'est pas effectif ; la réflexion au niveau du groupe doit se poursuivre. Les actions d'amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail sont notées positivement.

La **prescription 4** est maintenue. Les outils développés ne sont pas précisés et le poste de médecin coordonnateur est toujours vacant d'où le maintien de la prescription 9 également.

La **prescription 5** est maintenue : Vous n'avez pas complété le projet d'établissement tel que demandé. Vous veillerez à ce que ce soit le cas pour le projet 2025-2030.

2- Les recommandations

Les **recommandations 1 à 13 et 15** sont levées.

La **recommandation 14** est maintenue : le plan d'amélioration qualité que vous nous avez transmis indique une mise à jour au 19/01/2023. Il n'a pas été suivi sur l'année.

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 et après réception du présent courrier, les éléments justificatifs demandés des mesures mises en œuvre à la Délégation Territoriale de l'ARS Moselle ainsi qu'au Département de la Moselle.

Nous vous prions d'agréer, Madame la Directrice, l'expression de notre considération distinguée.

La Directrice Générale de l'ARS Grand Est

Le Président du Département de la Moselle

Virginie CAYRÉ

Patrick WEITEN

Signé électroniquement
Pour la Directrice Générale et par
délégation,
Directeur Général Adjoint Métiers - Frédéric
REMY,
Frédéric REMY
Date de signature : 05/04/2024

Copie :

ARS Grand-Est : Délégation territoriale de Moselle
Direction de l'Autonomie
Département de la Moselle

Annexe 1

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

Remarques majeures	Prescriptions	Délai
<p>REMARQUE MAJEURE 1 : La gestion des stocks est défaillante: absence de traçabilité, d'inventaire, de gestion des péremptions, de rangement cohérent (par thématiques/ utilité): Présence multiple de locaux "Rangement", disséminés au sein de l'EHPAD, désordonnés, comportant des denrées alimentaires, des masques, des gants, des boissons compléments alimentaires, des choses diverses (comme de la décoration ou des bouteilles d'alcool).</p> <p>La mission a trouvé de nombreux produits de diverses natures, soit périssables rapidement soit avec une DLC dépassée comme : des masques FFP2 périmés de 2012, des gants latex périmés depuis 2015, deux tubes de dentifrices périmés depuis mai 2018, des brumisateurs périmés depuis octobre 2019 et juin 2022 (48 bouteilles au total)</p> <p>La mission souligne une gestion des clés à revoir. En effet, certaines sont difficiles à identifier, ou sont détenues par une seule personne, à l'instar de clés appartenant à la gouvernante au sujet de la pièce, au RDC, dénommée « La Boutique d'Emilie » dont la vocation n'a pu être déterminée et avec présence de nombreuses bouteilles d'alcool.</p> <p>Traçabilité inexistante concernant le suivi du nettoyage et des températures des réfrigérateurs</p>	<p>P1 : Procéder à une cartographie des nombreux locaux de rangement pour leur donner une fonction précise avec affichage de celle-ci sur chaque porte, procéder à un tri pour supprimer les périmés et les bouteilles d'alcool, établir un inventaire de façon régulière; instaurer une gestion des péremptions, assurer une traçabilité du nettoyage et vérification des températures des réfrigérateurs, apposée sur chaque appareil.</p>	<p>IMMEDIAT</p> <p>Prescription levée</p>
<p>REMARQUE MAJEURE 2 : L'effectif d'IDE actuel est insuffisant: 0,80 ETP d'IDE seulement pourvus sur 3 ETP - 2 ETP vacants avec offres d'emploi en CDI déposés depuis décembre 2022. Il est fait appel à de l'intérim, lors de l'absence de l'IDE en poste. Cette organisation ne permet pas un tuilage par la seule IDE titulaire, ce qui renforce le risque d'erreur médicamenteuse. Le week end, il est fait appel à des IDE libérales. Par ailleurs, à la date de</p>	<p>P2 : Poursuivre les tentatives de recrutement, entamer au niveau du groupe une réflexion pour rendre ces postes attractifs afin de concrétiser les candidatures reçues.</p>	<p>IMMEDIAT</p> <p>Prescription maintenue</p>

l'inspection, la seule IDE salariée (0,80ETP) est présente depuis seulement 15 jours. Enfin, la directrice précise, post inspection par échanges de mails précités, que celle-ci prendrait le poste d'IDEC au 01/05 amenant donc à zéro le temps infirmier titulaire.		
<p>REMARQUE MAJEURE 3 : Les conditions de stockage des médicaments sont défailtantes: « Les stocks tampons » de médicaments en salle de soins sont considérables ; à l'inverse : le placard de dotation d'urgence n'est pas complet et la liste est à refaire. Il n'y a pas de suivi organisé, ni de traçabilité des péremptions.</p> <p>Concernant le coffre à stupéfiants : Pas de liste de dotation mais juste un carnet à souche avec une seule patiente. Aucune traçabilité des retours à l'officine. Des stupéfiants de traitements finis ou de résidents décédés sont encore en présence et pas retournés à la pharmacie.</p> <p>Des médicaments non stupéfiants sont retrouvés dans le coffre (contraire à l'article R5132-80 du CSP).</p> <p>Les traitements hors pilulier sous forme solides (gélules, comprimés) sont scotchés sur les piluliers, rangés de façon suspendue avec cachets qui tombent au sol.</p>	<p>P3 : Revoir le rangement des médicaments :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Les médicaments prescrits aux résidents</u> doivent être stockés <u>au nom du résident</u> et leur gestion doit être suivie. - Une dotation pour besoin urgent peut être constituée (liste et quantité à définir par l'équipe de soin et validée par le médecin coordonnateur) et stockée à part. <p>Procéder à la reprise par la pharmacie des médicaments dont le stock est trop important est inutile.</p> <p>Organiser un suivi tracé des péremptions.</p> <p>Envisager une autre méthodologie pour joindre le traitement hors pilulier au traitement pilulier.</p> <p>Procéder à une vérification régulière pour s'assurer que le coffre à stupéfiants ne contient que ceux-ci. Corriger si nécessaire.</p>	<p>IMMEDIAT</p> <p>Prescription levée</p>
<p>REMARQUE MAJEURE 4 : La coordination des soins n'est plus assurée. Elle l'était jusque début avril mais en raison du prochain départ du médecin coordonnateur, du basculement de l'ancienne IDEC vers un poste de qualicienne au sein du groupe, non encore effectif et de la seule IDE en place, recrutée récemment au 01/04, elle-même prochainement basculée sur le poste d'IDEC sans aucune IDE titulaire, la fonction de coordination n'est plus effective et ce d'autant plus qu'un nombre conséquent de médecins traitants intervient.</p>	<p>P4 : Tout mettre en œuvre pour que des outils de lien entre les professionnels soient maintenus et créés et pour assurer le versant préventif de la prise en charge des résidents</p>	<p>IMMEDIAT</p> <p>Prescription maintenue</p>

Ecart	Référence juridique	Prescriptions	Délai
<p>Ecart 1 (identique au contrôle sur pièces) : Le projet d'établissement ne comprend pas un plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'évènement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment de situation sanitaire exceptionnelle.</p> <p>Il était prévu que celui-ci soit annexé et validé au CVS de mars 2023, ce qui n'a pas été le cas.</p> <p>Par ailleurs, le projet de vie (partie citée en sommaire) n'est pas non plus complété (sauf problème de scan du document)</p>	<p>Loi 2019-774 du 24/07/2019 (ar.68 VII)</p>	<p>P5 : Intégrer dans le projet d'établissement un plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'évènement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment de situation sanitaire exceptionnelle. Compléter la partie Projet de vie</p>	<p>Immédiat</p> <p>Prescription maintenue</p>
<p>Ecart 2 : En 2022, le CVS ne s'est réuni que deux fois - ce qui a constitué un écart (3) lors du contrôle sur pièces. Un CVS s'est tenu le 28/03/2023. Dans l'attente effective de celui prévu le 27/06/2023, cet écart 2 est donc identique à celui du contrôle sur pièces (écart 3)</p>	<p>D311-16 du CASF</p>	<p>P6 : Veiller à ce que le CVS prévu le 27/06/2023 se tienne dans les faits, faire parvenir son compte rendu à l'ARS + CD avec précision de la date retenue sur le second semestre</p>	<p>1 mois</p> <p>Prescription levée</p>
<p>Ecart 3 identique à l'écart 2 du contrôle sur pièces. La CCG ne s'est pas réunie sur 2022 (relevé lors du contrôle du pièce). L'établissement a prévu une CCG le 26/04/2023. La mission d'inspection attend donc confirmation de la tenue de celle-ci et de sa composition conforme.</p>	<p>D312-158 3°du CASF</p>	<p>P7 : Transmettre le compte rendu de la CCG du 26/04/2023 à l'ARS + CD</p>	<p>Immédiat</p> <p>Prescription levée</p>

<p>Ecart 4 : Le local DASRI : il existe mais ne comporte pas de vidoir au sol. La porte pour y accéder se nomme "Rangement" et n'est pas identifiée avec le logo DASRI.</p> <p>Il est fortement imprégné d'odeurs désagréables avec le local destiné aux poubelles juste à côté.</p>	<p>Arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif aux modalités d'entreposage des DASRI et assimilés et des pièces anatomiques (notamment article 8) modifié par l'arrêté du 20 avril 2020.</p>	<p>P8 : Rendre le local DASRI conforme à la réglementation</p>	<p>8 mois</p> <p>Prescription levée</p>
<p>Ecart 5 identique à l'écart 4 du contrôle sur pièces : Le médecin coordonnateur est encore à 0,30 ETP le jour de l'inspection. La mission apprend qu'elle a présenté sa démission qui prend effet début mai.</p>	<p>D312-156 du CASF</p>	<p>P9 : Engager les démarches pour recruter un médecin coordonnateur avec un temps de travail réglementairement conforme .</p>	<p>Immédiat</p> <p>Prescription maintenue</p>

Remarques	Recommandations	Délai
R1 : Une personne figure comme qualitiicienne à l'organigramme alors même que le contrat n'est pas signé	Reco 1 : Mettre à jour l'organigramme, contractualiser le poste et transmettre les éléments à l'ARS + CD	Immédiat Recommandation levée de par la démission de Mme Roland et le recrutement de Mme Delafond
<p>R2 : Dans les couloirs de chaque étage, la mission a noté des odeurs désagréables prégnantes et récurrentes dues notamment aux chariots de linge sale stationnant sur de longues périodes : matinée jusque début d'après-midi alors qu'il est indiqué lors d'un entretien qu'ils doivent être descendus avant le repas. Au niveau de l'UVP, les sols sont collants.</p> <p>La mission a aussi retrouvé un sac poubelle proche d'un ascenseur puis, ultérieurement dans la visite, un autre sac poubelle et un sac DASRI dans l'ascenseur.</p> <p>Proche du local DASRI : la mission a pu constater l'accumulation de bouteilles en verre à recycler entreposées à l'extérieur du local, dans une caisse en plastique grise et avec des bouteilles posées à même le sol. La mission a également observé une poubelle de recyclage débordante et ne pouvant pas être fermée par conséquent. Toutes les poubelles présentes dans le local étaient débordantes et ne pouvaient pas être fermées, expliquant notamment les odeurs dans le local DASRI</p>	<p>Reco 2 : Concernant les poubelles, les sacs DASRI, les chariots de linge : procéder à un rappel et veiller à ne pas les laisser dans les communs.</p> <p>Ne pas laisser de poubelles déborder, surtout si contenu en verre.</p>	Immédiat Recommandation levée
R3: Il n'y a pas de local /espace SNOZELEN alors même qu'une aide-soignante a été formée à cette méthode dans le cadre des projets Animation.	Reco 3 : Consacrer et aménager un local ou chariot SNOZELEN	6 mois Recommandation levée
R4 : Des points d'insécurité ont été relevés (voir détail au sein du rapport)	Reco 4 : Corriger les points d'insécurité	Immédiat Recommandation levée

R5 : CIRCUIT DU LINGE: Il n'y a pas de marche en avant et le sale côtoie le propre, le linge sale pouvant être mis par terre devant la machine à laver en attendant de sortir le linge lavé.	Reco 5 : S'assurer que les pratiques professionnelles, consignes/ procédures données permettent que le linge sale ne croise pas le linge propre, qu'un seul circuit pour l'un et l'autre soit organisé.	Immédiat Recommandation levée
R6 : Aucune chambre n'est équipée de rail de transfert.	Reco 6 : Evaluer la pertinence, en lien avec le personnel, d'équiper les chambres.	Immédiat Recommandation levée
R7 : Manque de rigueur sur la gestion RH du dossier relatif à la qualitiennne: En effet, suite aux éléments précités (nom indiqué de ce poste sur l'organigramme, lors des entretiens, dans le CR de codir mais aussi sur les protocoles), la direction aurait dû être en mesure de fournir à la mission d'inspection le contrat de travail de la qualitiennne (anciennement IDEC) à compter du 1er avril 2023. Or, cela n'est pas le cas. La directrice précise, lors d'un échange de mail en date du 21/04, post inspection, que la date de début de contrat a été décalée en raison de l'arrêt maladie de la personne concernée, cela devait être au 1er avril, cela le sera au 01/05. Elle indique également qu'à cette date, la seule IDE en place à 0,80 ETP prendra ce poste d'IDEC.	Reco 7 : Transmettre le contrat de la qualitiennne et de la nouvelle IDEC.	Immédiat Recommandation levée
R8 : Les fiches de poste ont été mises à jour courant 2022 mais peu de personnel en a connaissance (hors AS) alors même qu'elles se trouvent dans les dossiers RH. Récemment, la fiche de poste AS a été retravaillée de façon conjointe avec le personnel concerné, pour cadrer davantage les missions et éviter ainsi des glissements de tâches.	Reco 8 : Lors des entretiens annuels, redonner leur fiche de poste à l'ensemble des agents	Immédiat Recommandation levée
R9 : La mise en œuvre de formations « bientraitance » figurant dans le projet d'établissement n'a pas été réalisé.	Reco 9: veiller à ce que DG BOOST propose des formations à la bientraitance et que les agents s'y inscrivent.	Immédiat Recommandation levée
R10 : L'existence des protocoles n'est pas connue de l'ensemble des agents, ils ne sont pas signés par le rédacteur ("qualitiennne"), du vérificateur (médecin), de l'approbateur (la directrice des opérations).	Reco 10 : Revoir en staff la liste des protocoles, la diffuser auprès des équipes en précisant l'endroit où ils sont disponibles, faire signer les protocoles par les professionnels impliqués dans leur élaboration .	Immédiat Recommandation levée

R11 : La constitution de nouveaux dossiers médicaux, selon la nouvelle organisation (1 dossier classeur par résidents) reste à faire pour les résidents de l'UVP et certains classeurs ne sont pas complets.	Reco 11 : Terminer la constitution des dossiers médicaux par résidents.	Immédiat Recommandation levée
R12 : Absence de chariot ou sac d'urgence, un sac d'urgence est en commande	Reco 12 : Transmettre la facture du sac d'urgence	Immédiat Recommandation levée
R13: Les projets de vie ne sont, selon entretiens, réalisés que pour la moitié des résidents. Ceux qui sont réalisés, quelques semaines après l'admission du résident, ne sont jamais révisés pour mise à jour.	Reco 13 : Sur chaque projet de vie, indiquer la date d'admission, réaliser ceux qui ne le sont pas, réviser ceux qui le sont.	Immédiat Recommandation levée
R14 : rejoignant les remarques 2 et 7 du contrôle sur pièces : L'établissement ne dispose pas d'un PAQ actualisé car aucune action d'amélioration n'a été fléchée sur 2023, il n'est pas alimenté en continu par les FEI et les réclamations et il reste des actions fléchées sur 2021 qui sont encore "en cours" notamment sur le sujet de la bientraitance. Les personnes indiquées comme référentes de certaines actions, ne connaissent pas le PAQ.	Reco 14 : Mettre à jour le PAQ, prévenir les personnes pilotes, l'alimenter des FEI, des réclamations.	Immédiat Recommandation maintenue
R15 : La procédure écrite concernant le traitement des réclamations se confond avec le traitement des FEI. Il y est précisé que toutes les réclamations doivent être transcrites en FEI. Par ailleurs, Le carnet des réclamations n'est pas tenu à la disposition des familles à l'accueil. Les réclamations se font souvent à l'oral vers l'assistante de Direction, la question de la traçabilité se pose alors, notamment dans la réponse apportée. Les familles peuvent également les formuler par mail à l'établissement.	Reco 15 : Scinder le circuit des réclamations, des FEI, des EIG. Idem pour les procédures. Assurer la traçabilité, notamment pour en connaître le suivi et aboutissement.	6 mois Recommandation levée
R16 : Il n'y a, concernant la gestion de crise, aucune formation ou sensibilisation prévue	Reco 16 : Former le personnel à la gestion de crise	Immédiat Recommandation levée