

Direction Inspection, Contrôle et Evaluation

Affaire suivie par [REDACTED]

Madame la Directrice
EHPAD Saint-Joseph
9, rue d'Ypres
67000 STRASBOURG

Courriels :

ars-grandest-dice-inspection@ars.sante.fr

ars-grandest-dt67-vsse@ars.sante.fr

Tél : [REDACTED]

Réf. :

Nancy, le **15 DEC. 2023**

Objet : Décision administrative, suite à une inspection programmée

P. J. : 1 rapport d'inspection

1 tableau des prescriptions et recommandations

Madame la Directrice,

J'ai diligenté le 29/06/2023, une inspection programmée de votre établissement.

Je vous ai transmis le 27/09/2023 le rapport d'inspection et les décisions que j'envisageais de prendre.

Conformément au code des relations entre le public et l'administration, je vous ai demandé de me présenter, dans le délai de 1 mois, vos observations sur les mesures correctives envisagées.

J'ai réceptionné votre réponse en date du 13/10/2023.

Après avoir étudié vos observations et sur la base des éléments que vous nous avez communiqués, je vous notifie la présente décision.

I. Prescriptions

La prescription **Pre.1** est levée.

Les prescriptions **Pre.2 à 8** sont maintenues.

- **S'agissant de la Pre.2**, vous m'informez qu'un courrier sera envoyé au médecin coordonnateur pour proposer un ETP à 0,80%.
- **S'agissant de la Pre.3** vous m'informez de la rédaction d'ici la fin de l'année ou début d'année suivante du projet d'établissement révisé.
- **S'agissant de la Pre.4**, la pièce justificative transmise ne répond pas à l'écart relevé. Celle-ci ne permet pas de s'assurer que la stratégie d'échantillonnage mise en œuvre pour les campagnes d'analyses légionnelles réalisées à compter de 2023 soit conforme aux dispositions de l'arrêté du 1^{er} février.
- **S'agissant de la Pre.5**, la mise en place d'un robinet avec clapet anti-retour ne répond pas à l'obligation réglementaire qui impose un disconnecteur d'extrémité de type HA.
- **S'agissant de la Pre.6**, vous m'avez transmis un devis pour des travaux à venir.
- **S'agissant de la Pre.7**, vous m'informez qu'un devis est en cours.

- **S'agissant de la Pre.8**, la fiche technique de l'équipement Tana Dos mentionne la présence d'un clapet anti-retour intégré sur le raccordement du tuyau d'aspiration de détergent. Ce clapet empêche tout retour d'eau dans le bidon de détergent. Il n'est pas destiné à assurer la protection sanitaire du réseau d'eau potable par lequel est alimenté le dispositif de dosage.

II. Recommandations

Les recommandations **R.1, R.2, R.3, R.12, R.14** sont levées.

Les recommandations **R.6 et R.9** sont partiellement levées.

- **S'agissant de la R.6**, vous m'informez de la mise en place d'un clapet de type EA par M. Energie, toutefois le rapport d'intervention de M. Energie, attestant de la réalisation des travaux, n'a pas été transmis.
- **S'agissant de la R.9**, vous m'avez transmis un mail envoyé à vos équipes en date du 05 octobre 2023 pour rappel des bonnes pratiques et procédures. La procédure de relevés de surveillance des températures nécessite d'être actualisée en faisant référence à l'arrêté du 30 novembre 2005. Il convient d'indiquer explicitement la consigne de température en départ d'eau chaude sanitaire. La version mise à jour de la procédure nécessitera d'être transmise.

Les recommandations **R4, R.5, R7, R.8, R.10, R.11 et R.13** sont maintenues.

- **S'agissant de la R.7, R.8 et R.11**, vous m'avez transmis un devis d'OFIS pour la réalisation d'une étude en 2024. Le bon de commande signé pour la prestation ainsi que le rapport de diagnostic nécessiteront d'être transmis.
- **S'agissant de la R.10**, la procédure fait encore référence à l'ancien seuil réglementaire de 250 UFC/l, alors que celui-ci a été modifié à 10 UFC/l. La procédure nécessite d'être actualisée en ce sens. La version mise à jour de la procédure nécessitera d'être transmise.
- **S'agissant de la R.13**, vous m'informez avoir demandé à votre prestataire de mettre en place une signature au moment de l'enlèvement des containers. Il n'appartient pas au prestataire de rajouter une signature supplémentaire mais à la personne de l'établissement qui lui remet les DASRI à éliminer. Un exemple de bordereau dûment signé nécessitera d'être transmis.

Vous trouverez la synthèse de l'ensemble des mesures 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 du Bas-Rhin - Services VSSE et Autonomie** (Cité Administrative Gaujot – 14, rue du Maréchal Juin – 67084 STRASBOURG).

Je vous prie d'agréer, Madame la Directrice, l'expression de ma considération distinguée.

Envoi par messagerie électronique à :

ARS Grand-Est :

- DA
- DT67 (VSSE + PA)

La Directrice Générale
De l'Agence Régionale de Santé Grand Est
Et par délégation,
Le Directeur
De l'Inspection, Contrôle et Evaluation


Michel MULIC

Annexe 1

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

Prescriptions				
Ecart (référence)		Libellé de la prescription		Délai de mise en œuvre
E.1	Le règlement de fonctionnement est incomplet. Il ne comporte pas les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles et ne rappelle pas que les faits de violence sur autrui sont susceptibles d'entraîner des procédures administratives et judiciaires, contrairement aux dispositions des articles R 311-35 et 37 du CASF.	Pre 1	Compléter le règlement de fonctionnement en conséquence.	Levée Règlement de fonctionnement complété.
E.2	Le temps de travail en équivalent temps plein (ETP) du médecin coordonnateur contrevient aux dispositions de l'article D.312-156 du CASF, prévoyant 0,8 ETP pour le nombre de résidents de l'établissement.	Pre 2	Réviser le temps de travail du médecin coordonnateur, afin de l'adapter au nombre de résidents de l'établissement.	6 mois
E.3	L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, contrairement aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.	Pre 3	Réviser le projet d'établissement caduque en lien avec les différentes catégories de personnel.	6 mois
E.4	La campagne d'analyses légionnelles 2022, ne respecte pas les dispositions de l'arrêté du 1 ^{er} février 2010 modifié relatif à la surveillance des légionnelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire.	Pre 4	Veiller à ce que la stratégie d'échantillonnage soit la plus représentative possible et que celle-ci réponde aux exigences réglementaires. Accompagner le préleveur le jour du prélèvement pour le guider. Etre le plus précis possible dans la dénomination des points de prélèvements, notamment pour les prélèvements réalisés au niveau des retours de boucles (si retour général de boucle, retour de boucle dit MDR, retour de boucle dit congrégation).	Dès la prochaine campagne d'analyses

E.5	Le local de stockage centralisé des DASRI ne dispose pas de point d'eau équipé du disconnecteur d'extrémité de type HA prescrit par l'arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques.	Pre 5	Créer un point d'eau équipé d'un disconnecteur d'extrémité de type HA.	3 mois
E.6	Les revêtements du sol et des parois ne sont pas lavables, tel que demandé par l'arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques.	Pre 6	Rendre le sol et les parois lavables en utilisant des revêtements qui soient lessivables (carrelage par exemple).	3 mois
E.7	Le local DASRI n'est pas équipé de dispositif d'évacuation des eaux de lavage vers le réseau des eaux usées dotée d'un dispositif d'occlusion hydraulique, tel que demandé par l'arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques.	Pre 7	Installer un dispositif d'évacuation des eaux de lavage vers le réseau des eaux usées dotée d'un dispositif d'occlusion hydraulique.	3 mois
E.8	L'établissement n'a pas été en mesure de certifier que la centrale de dilution est équipée par construction d'un dispositif de protection contre les retours d'eau accidentels, adapté à la nature du produit susceptible de se retrouver au contact de l'eau potable conformément aux dispositions de l'arrêté du 10 septembre 2021 relatif à la protection des réseaux d'adduction et de distribution d'eau destinés à la consommation humaine contre les pollutions par retours d'eau.	Pre 8	Il conviendra de s'assurer que la centrale de dilution est équipée par construction d'un dispositif de protection contre les retours d'eau accidentels, adapté à la nature du produit susceptible de se retrouver au contact de l'eau potable. A défaut, son raccordement devra être mis en conformité.	3 mois

Recommandations				
Remarque (référence)		Libellé de la recommandation		Délai de mise en œuvre
R.1	L'organigramme ne comporte pas la liste du personnel au sein des équipes.	Rec 1	Compléter l'organigramme de la liste du personnel au sein des équipes.	Levée Organigramme complété.
R.2	Le RAMA ne comporte pas de signature conjointe du médecin coordonnateur et de la directrice. Le document en l'état ne permet pas savoir s'il a été soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique conformément aux dispositions de l'article D312-158-10° du CASF.	Pre 2	Signer conjointement le rapport (médecin coordonnateur/direction). Préciser s'il a été soumis pour avis au préalable à la commission de coordination gériatrique, le cas échéant le soumettre à la prochaine commission.	Levée RAMA signé transmis. (Le RAMA doit à l'avenir faire l'objet d'un avis de la CCG).
R.3	L'établissement n'a pas transmis les conventions établies avec les différents établissements et/ou prestataires énumérés dans le RAMA (réseau d'hygiène, secteur de psychiatrie, service de court séjour, service de gériatrie et HAD).	Rec 3	Transmettre les conventions énumérés dans le RAMA concernant le réseau d'hygiène, le secteur de psychiatrie, le service de court séjour, le service de gériatrie et l'HAD.	Levée Convention transmise.
R.4	L'établissement ne dispose pas d'un plan d'actions portant sur la maîtrise des risques et l'amélioration continue de la qualité de la prise en charge et prestations finalisé. Ce dernier étant en cours d'élaboration.	Rec 4	Finaliser le plan d'actions portant sur la maîtrise des risques et l'amélioration continue de la qualité de la prise en charge et prestations.	6 mois
R.5	L'ensemble du personnel ne s'est pas approprié le logiciel AGEVAL, notamment pour la déclaration des événements indésirables. Ce logiciel étant récemment mis en place.	Rec 5	Poursuivre l'acculturation du personnel au logiciel AGEVAL, notamment à la déclaration des événements indésirables.	6 mois

R.6	Le raccordement de l'échangeur à plaques n'est pas conforme aux spécifications de la norme NF EN 1717 relative à la protection contre la pollution de l'eau potable dans les réseaux intérieurs et exigences générales des dispositifs de protection contre la pollution par retour, en application des dispositions de l'arrêté du 10 septembre 2021 portant sur la protection des réseaux d'adduction et de distribution d'eau destinée à la consommation humaine contre les pollutions par retours d'eau.	Rec 6	Il conviendra de mettre en conformité le raccordement de l'échangeur à plaques.	Partiellement levée 6 mois
R.7	Au niveau de la douchette de la chambre 019, il a été constaté le jour du contrôle que la température de l'eau chaude sanitaire était particulièrement lente à se stabiliser, et que sa mesure était susceptible de tendre vers des valeurs inférieures à 50°C qui ne permettent pas de respecter de manière satisfaisante les dispositions de l'arrêté du 30 novembre 2005.	Rec 7	Améliorer le fonctionnement de la boucle d'ECS qui alimente la chambre 019. Engager également cette démarche d'amélioration au niveau des autres boucles dont la circulation de l'eau chaude sanitaire apparaîtrait comme insuffisante (température de 50°C difficilement atteignable et temps de stabilisation particulièrement long).	12 mois
R.8	Certains tronçons de canalisations non déconnectés du réseau principal constituent des zones de stagnation d'eau favorables au développement de légionnelles.	Rec 8	Recenser les tronçons de canalisations hors service et les déconnecter dans les règles de l'art. Purger à minima toutes les 72h les tronçons de canalisation peu utilisés. Assurer la traçabilité des purges effectuées, en identifiant les points d'eau concernés.	3 mois
R.9	Bien que la traçabilité des relevés de températures soit assurée, les valeurs relevées ne semblent pas systématiquement entraîner des actions correctives de la part de l'établissement en cas de valeur anormale ou non-conforme.	Rec 9	Les relevés de température nécessitent d'être interprétés au regard de l'arrêté du 30 novembre 2005. Mettre en œuvre des actions correctives en cas de mesure de température non conforme ; être particulièrement vigilant au niveau des colonnes présentant les dysfonctionnements hydrauliques les plus importants.	Partiellement levée 1 mois

R.10	Certaines procédures nécessitent d'être actualisées sur certains points (par exemple concernant le nouveau seuil de détection des légionnelles de 10 UFC/l et non plus de 250 UFC/l (annexe CPIAS), la nécessité de réaliser des analyses légionnelles complémentaires à la fois 48 à 72h après avoir mis en place des actions correctives pour s'assurer de leur efficacité mais aussi 6 à 8 semaines après pour s'assurer du maintien de la qualité de l'eau dans le temps).	Rec 10	Actualiser les procédures et réfléchir à la possibilité de mettre en œuvre des douchettes anti légionnelles en cas d'analyses non conformes, pour permettre l'usage des douches dans l'attente d'un retour à une qualité d'eau exempte de légionnelles.	3 mois
R.11	Les préconisations formulées par OFIS à l'occasion de l'étude thermique de 2009 dans l'optique de lutter contre le développement des légionnelles n'ont à ce jour pas été mises en œuvre dans leur intégralité ; des actions correctives restent à réaliser pour améliorer l'équilibrage du réseau.	Rec 11	Mettre à jour le plan d'actions visant à améliorer le fonctionnement hydraulique du réseau d'ECS.	12 mois
R.12	La date de mise en service des boîtes d'objets piquants coupants tranchants (OPCT) au niveau du local infirmerie et au niveau des chariots de soins n'est pas systématiquement renseignée sur les boîtes.	Rec 12	Renseigner la date de mise en service des boîtes d'OPCT en complément de la date de fermeture.	Levée Procédure actualisée et consignes transmises aux IDE
R. 13	Les bordereaux de suivi des DASRI (CERFA n°11351*04) ne sont pas signés par la personne responsable de l'élimination des déchets.	Rec 13	Apposer un nom et une signature d'une personne de l'établissement sur les bordereaux de suivi des DASRI.	1 mois
R.14	Les éléments de traçabilité du nettoyage et de la désinfection de l'ascenseur n'ont pas pu être présentés par l'établissement.	Rec 14	La traçabilité du nettoyage et de la désinfection de l'ascenseur à l'issue de chaque collecte des DASRI devra être assurée.	Levée Mise en place d'un tableau de suivi

