RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Grand Est

Direction Inspection, Contrôle et Evaluation

Service émetteur :
DICE

Affaire suivie par :
[redacted]

Courriels :
[redacted]

Monsieur le Directeur
de l'IMPro « La Horgne »
8 bis rue Grange Le Mercier
57950 MONTIGNY LES METZ

Objet : Décision administrative suite à inspection

Réf. : Article L313-14 du Code de l'action sociale et des familles.

Monsieur le Directeur,

L'IMPro « La Horgne » a fait l'objet, d'une inspection inopinée en date du 15/05/2025, portant sur son organisation et son fonctionnement.

Le rapport d'inspection ainsi que le recueil préalable d'observations avant décision administrative vous ont été transmis par mail en date du 21/07/2025, ouvrant ainsi une période d'un mois pour vous laisser la possibilité d'apporter vos réponses, conformément aux dispositions de l'article L.122-1 du Code des relations entre le public et l'administration.

Dans le cadre de cette procédure contradictoire, en raison de la période estivale, un délai supplémentaire a été signifié le 22/07/2025, et accordé jusqu'au 21/09/2025.

Vous avez ainsi apporté vos éléments de réponse, par un courriel accompagné d'un document récapitulatif, en date du 19/09/2025, respectant le délai imparti.

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

La prescription 1 est **levée**.
Les recommandations 1, 2, 3, 4 et 5 sont **levées**.

Au terme de cette phase contradictoire, la mission tient à nouveau à saluer vivement, et encourage à poursuivre, l'engagement, la réactivité et le professionnalisme de la direction, et de l'ensemble des personnels, au bénéfice des personnes accueillies.

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.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de notre considération distinguée.

Signé électroniquement
Agence Régionale de Santé GRAND EST
Pour la directrice générale et par délégation - La Directrice
Adjointe de l'Inspection Contrôle et Evaluation,
Joséphine MAROTTA
Nancy le 29/09/2025

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

Annexe 1

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

Prescriptions				
Ecart (référence)		**Libellé de la prescription envisagée**		**Délai de mise en œuvre**
E1	Aucun des comptes rendus de CVS 2024 ne mentionne la restitution des résultats des enquêtes de satisfaction ce qui est contraire à l'article D311-15 III CASF.	**Pre1**	Présenter au CVS les résultats de toutes les enquêtes de satisfaction qui auront pu être réalisées en 2025 conformément à l'article D311-15 III CASF.	**Prescription levée**
Au regard de l'ordre du jour du CVS du 30/09/2025, il apparait bien un point intitulé « Présentation des enquêtes de satisfaction des admissions et des sorties année 2024-2025 ». De surcroit, les résultats des enquêtes ont été transmis à la mission. **La prescription 1 est levée.**				

Recommandations				
Remarques		**Libellé de la recommandation envisagée**		**Délai de mise en œuvre**
R1	Aucune périodicité automatique (ex. tous les 3 ou 5 ans) des personnes qualifiées n'est explicitement fixée dans l'arrêté de 2019. Mme [redacted] était désignée jusqu'au 31/12/2019, ce qui montre que les mandats peuvent être à durée déterminée.	**Rec1**	Indiquer si la liste des personnes qualifiées a changé depuis l'arrêté de 2019. Dans l'affirmative, l'intégrer dans le livret d'accueil et dans tout autre document utile.	**Recommandation levée**
La transmission de l'arrêté, du 26/09/2022, DGARS n°3267/DDETS n°75/DS n°000910 modifiant la liste des personnes qualifiées du 20/03/2019 et intégré à votre livret d'accueil permettent **la levée de la recommandation 1**.				
R2	Après recherche dans les documents transmis, et sauf erreur, il n'existerait pas à ce jour de supports d'informations spécifiques, destinés aux usagers, familles et professionnels, en FALC et concernant : • Les droits des personnes en matière de bientraitance ; • Les possibilités d'action en cas de maltraitance ; • Les voies de recours (personnes qualifiées, défenseur des droits, ARS, etc.).	**Rec2**	Si un support d'information accessible et facile à lire et à comprendre (en FALC) de tous (usagers, famille, professionnels) sur les droits, possibilités d'action et voies de recours en cas de maltraitance existe, alors le transmettre à la mission. En cas contraire, afin d'assurer une conformité complète à la démarche qualité et aux exigences HAS, réfléchir à l'élaboration d'un document FALC sur les droits et recours face à la maltraitance. Ce document à venir pourrait être annexé : • Au livret d'accueil ; • Au contrat de séjour ; • Affiché dans les lieux de vie.	**Recommandation levée**
La mission acte la transmission d'un document reprenant les définitions et droits/recours en cas de maltraitance ainsi qu'une affiche (réf. INF-CMSEA-GDR-0004) « La bientraitance ? La maltraitance ? c'est quoi ? ». La mission salue la qualité des documents et **lève la recommandation 2.**				

R3	Sauf erreur, bien que le suivi soit effectif, il ne semble pas y avoir de traçabilité du suivi, durant les 3 ans suivant la sortie, de la personne accueillie.	**Rec3**	Indiquer à la mission comment se déroule le suivi durant les 3 ans suivant la sortie de la personne accueillie.	**Recommandation levée**
La mission a reçu plusieurs documents sur le suivi à 3 ans suivant la sortie, de la personne accueillie. Le mode opératoire du déroulement dudit suivi, accompagné de copies d'écran, ainsi que les contrats de séjour explicites en la matière, permettent **la levée de la recommandation 3.**				
R4	La mission a noté l'absence de canules de Guedel et de matériel d'aspiration mais les IDE n'ont jamais ressenti ce manque de matériel.	**Rec4**	Prendre un temps de réflexion afin de déterminer le besoin éventuel ou non de canules de Guedel et de matériel d'aspiration.	**Recommandation levée**
La mission salue vivement la réactivité de la Direction afin d'instaurer une discussion sur le besoin éventuel des canules de GUEDEL. Le compte rendu du COPIL santé (accompagné de la feuille d'émargement), du 15/09/2025, explique qu'un choix préalable a été réalisé par un comité de réflexion afin de retenir ce dispositif. Le document détaille également la formation à réaliser et le périmètre de l'utilisation. **La recommandation 4 est ainsi levée.**				
R5	La boite dédiée aux urgences n'est pas scellée et il n'y a pas de feuille de traçabilité du contenu et de la vérification.	**Rec5**	D'une part, sécuriser la fermeture et le contenu de la boite dédiée aux urgences par un scellé autocassable ou autre système permettant d'en assurer l'intégrité. D'autre part, formaliser une procédure de traçabilité de son contenu.	**Recommandation levée**
La communication, d'une part, de photos montrant la boite dédiée aux urgences fermée et, d'autre part, d'une fiche de contrôle mensuelle recensant son contenu et les observations éventuelles, permettent **la levée de la recommandation 5.**				