

Direction Générale

Service émetteur :

Direction Inspection, Contrôle et Evaluation

Affaire suivie par :

Monsieur Dan LECLAIRE
Président de la Fondation Eliza

Mme Fabienne GAUDE
Directrice de l'EHPAD Eliza
12 route de Lyon
67118 GEISPOLSEIM

Objet : Décision administrative, suite à inspection

P. J. : 1 tableau des prescriptions et recommandations (Annexe1)

Monsieur le Président de la Fondation Eliza,

Madame la Directrice de l'EHPAD Eliza,

L'EHPAD Eliza situé au 12 route de Lyon à Geispolsheim géré par la Fondation Eliza a fait l'objet le 15 juin 2023 d'une inspection inopinée par l'ARS Grand Est et la Collectivité européenne d'Alsace (CeA).

Cette inspection visait à contrôler dans le cadre des Orientations Nationales d'Inspection Contrôle 2023 (ONIC 2023) les conditions d'installation, de fonctionnement et d'organisation de la prise en charge soignante de l'établissement depuis les précédentes inspections de 2018 et 2019 qui avaient abouti à une procédure de mise sous administration provisoire de votre établissement (MSAP). L'objectif principal de cette nouvelle inspection était donc également de s'assurer de la garantie d'une prise en charge sécurisée et de qualité des résidents accueillis depuis la fin de la procédure de MSAP en septembre 2019.

Pour rappel, et sans attendre la transmission du rapport d'inspection, certains dysfonctionnements constatés lors de l'inspection qui impactaient directement la prise en charge des résidents de l'unité Cristal et les conditions de travail des personnels y travaillant, avaient déjà fait l'objet de l'envoi d'un courrier d'injonctions en date du 10 août 2023, suite auxquelles des actions correctrices avaient été mises en œuvre remédiant à certains dysfonctionnements.

Le rapport de l'inspection ainsi que les décisions que nous envisageons de prendre vous ont été transmis par mail du 23 juillet 2024.

Nous relevons à la lecture de ce rapport l'existence, constatée par les inspecteurs, de nombreux manquements et dysfonctionnements au sein de votre établissement : 17 écarts à la réglementation, 21 remarques majeures et 8 remarques.

Conformément au code des relations entre le public et l'administration, nous vous demandons de nous présenter, dans le délai de 2 mois, vos observations sur les mesures correctives envisagées.

Nous avons réceptionné votre réponse en date du 1^{er} octobre 2024.

Après avoir étudié vos observations et les actions correctrices réalisées, en cours ou prévues nous vous notifions la présente décision :

I. Prescriptions

Décisions au regard des Ecart réglementaires :

Les prescriptions en rapport avec l'écart E12 étaient déjà levées à la suite des actions que vous avez mises en place en réponse au courrier d'injonctions du 10/08/2023 (injonctions 1, 3 et 4) transmis dans les suites immédiates de l'inspection (Couverture soignante qualifiée et renforcée à l'unité fermée Cristal/ déblocage des travaux de la salle de bains commune de cette même unité). Néanmoins **l'écart E8 est maintenu partiellement** dans l'attente de la réfection des murs et sols vétustes de l'unité Cristal.

De la même manière, les prescriptions au regard de l'écart E9 sont partiellement maintenues.

Sont levées les demandes de réalisation de l'inventaire du matériel d'aides à la mobilisation des résidents et d'une procédure de gestion du matériel et consommables entre les unités, mais est maintenue la mise à disposition de tenues nominatives et en nombre suffisant pour les professionnels de l'EHPAD.

Les prescriptions en lien avec les écarts E4, E5, E11, E13, E14, E15 sont levées compte tenu des actions réalisées suite à l'envoi du rapport d'inspection et justifiées dans le cadre du contradictoire (Mise à jour du règlement de fonctionnement, du contrat de séjour, démarche de qualification d'aide-soignant(e) en cours pour 4 agents, réflexion sur la fermeture à clés quasi-généralisée des portes des chambres des résidents (qui peuvent ouvrir de l'intérieur) et mise à jour du contrat de séjour mentionnant cette mesure en annexe, signature d'une convention avec les HUS, rédaction d'une procédure de gestion du stock tampon pharmaceutique). Concernant cette procédure, en page 3, le médicament Risperidone n'est pas dans la bonne classe thérapeutique (neurologie et non infectiologie). **L'écart E17 est également levé** suite à la mise à jour de la procédure du circuit du médicament.

Les prescriptions en rapport avec les écarts E1, E2, E3, E6, E7, E9, E10, E16 sont quant à elles maintenues.

Ces prescriptions concernent l'élaboration du CPOM de l'établissement avec l'ARS et la CeA et la réalisation d'une coupe PATHOS en 2025, la finalisation de certaines parties du projet d'établissement et son approbation tracée par le Conseil d'Administration ainsi que sa mise à jour annuelle, le recrutement d'un médecin coordonnateur et l'organisation de la commission de coordination gériatrique, la saisie informatique des prescriptions médicales par les médecins traitants et dans le cadre d'une liste préférentielle.

Concernant l'écart E7, relatif à la prévention par l'établissement du risque de légionellose, sont maintenues la mise en conformité au regard de la réglementation de la procédure existante de relèves des températures de l'eau chaude sanitaire (Cf R3), et des travaux de mise en conformité de l'installation du réseau d'eau chaude sanitaire de l'EHPAD. Les rapports de non-conformité fournis en 2023 et 2024 mentionnent des actions portant le plus souvent sur le risque de brûlure (pose de robinet thermostatique) et non sur le risque de légionellose dont la proposition d'action correctrice (devis chauffagiste) en cas d'anomalie des températures relevées (< 50 et / ou 55 °) reste sans suite.

Suite au décès d'une résidente par légionellose nosocomiale en juillet 2023, des mesures ont été certes engagées telles que le puisage quotidien systématique de tous les points d'eau en chambre, le puisage hebdomadaire des points d'eau non utilisés, la mise en place de brise-jets sur les robinets et de douchettes à filtres anti-légionelles sur l'ensemble des douches de l'établissement.

La mise en œuvre de douchettes anti-légionelles reste une mesure temporaire en attendant la correction des causes favorisant la colonisation bactérienne du réseau sanitaire et doit être cadrée par une procédure définissant les modalités de leur installation et de leur suivi en assurant la traçabilité des opérations (idem pour les brises-jets et les puisages), ce qui n'est pas le cas.

Eu égard aux modalités de fonctionnement et de gestion des installations d'eau chaude sanitaire, **il apparaît, qu'à ce stade, le risque de légionellose n'est pas maîtrisé dans l'établissement ce qui avait déjà été constaté lors des inspections de 2018 et 2019 où des mises en conformité des installations avaient été demandées par la décision administrative du 19/02/2019 (Prescriptions 16 à 22 Ecart 17) reconfirmée par celle du 2/08/2019 suite à la dernière inspection de 2019 (24/06/2019).**

La mise en place de filtres anti-légionelles depuis l'été 2023 ne constitue pas une solution pérenne et suffisante pour assurer de manière fiable la sécurité des résidents.

Décisions au regard des Remarques Majeures :

Les prescriptions en rapport avec la remarque majeure RM9 étaient déjà levées dans les suites des actions que vous avez mises en place en réponse au courrier d'injonctions du 10/08/2023 (injonctions 1 et 4) transmis dans les suites immédiates de l'inspection (Recrutement de 2 ETP IDE).

Les prescriptions au regard de la remarque majeure RM7 sont partiellement maintenues.

Est levée la demande de déblocage des travaux de la salle de bains de l'unité Cristal devenue fonctionnelle en août 2023, mais est toujours en attente à ce jour la reprise des travaux de la salle de bain commune de l'unité Saphir débutée fin 2022.

Les prescriptions en lien avec les remarques majeures RM3, RM4, RM6, RM8, RM10, RM12, RM13, RM15, RM16, RM17, RM18, RM19, RM20 et RM21 sont levées compte tenu des actions réalisées suite à l'envoi du rapport d'inspection et justifiées dans le cadre du contradictoire (Réalisation d'un baromètre social, de la signalétique intérieure des locaux, mise en place d'entrebâilleurs aux fenêtres des étages (un décès par défenestration est malheureusement survenu entre l'inspection et l'action correctrice), relocalisation du local plan bleu, élaboration d'une procédure d'accueil et de transmissions au personnel intérimaire, modification des heures de pause des IDE pour participer aux transmissions, développement de formations d'évolution professionnelle (diplôme d'AS), acquisition d'un logiciel Qualité AGEVAL permettant le suivi des actions correctrices et l'harmonisation des procédures en cours, recherche d'un médecin traitant pour chaque résident, réaménagement et réorganisation des salles de soins du bât BC, rédaction de la procédure de gestion des stupéfiants, acquisition de réfrigérateurs médicaux, élaboration de l'avenant au contrat avec l'officine restante pour l'approvisionnement médicamenteux de l'EHPAD.

Les prescriptions en rapport avec les remarques majeures RM1, RM2, RM5, RM11, RM14 sont quant à elles maintenues.

Ces prescriptions concernent la complétude du contenu du projet d'établissement par les éléments réglementaires précisés par la mission, la signature de la procédure de subdélégation de pouvoirs par le Président de la Fondation, la mise en conformité de l'assainissement pour la collecte des eaux usées des différents bâtiments de l'EHPAD et son raccordement au réseau de la Ville (prévus et validés par le CA en février 2021), la validation et signature de la lettre de mission de Mr [REDACTED] agent technique prestataire externe par le président du Conseil d'Administration, le démantèlement de l'unité dentaire obsolète.

II. Recommandations

Les recommandations en lien avec les remarques R1, R2, R4, R5, R6, R7 sont levées compte tenu des actions réalisées et des explications complémentaires apportées par La direction de l'EHPAD (Cf annexe 1).

La recommandation au regard de la remarque R3 relative à la procédure de relèves des températures de l'eau chaude sanitaire **est maintenue** dans l'attente de la transmission d'une nouvelle procédure validée et signée par le Conseil d'Administration **et dont le contenu doit être opérationnel pour les agents en charge des relevés des températures et respecter les dispositions de l'arrêté du 1^{er} février 2010**, modifié, relatif à la surveillance des légionelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire, **et celles définies par l'arrêté du 30 novembre 2005** relatif aux installations fixes destinées au chauffage et à l'alimentation en eau chaude sanitaire des bâtiments d'habitation, des locaux de travail ou des locaux recevant du public.

Au regard de l'arrêté du 1^{er} février 2010, le choix des points devant faire l'objet de relevés de températures est à effectuer sur la base de l'architecture des réseaux de distribution. Les points de relèves sont bien définis par ce même arrêté avec surveillance des températures au niveau :

- de la sortie de la/des production(s) d'eau chaude sanitaire (mise en distribution).
- des point(s) d'usage à risque le(s) plus représentatif(s) du réseau ou à défaut le(s) point(s) d'usage le(s) plus éloigné(s) de la production d'eau chaude sanitaire.
- du retour de boucle (retour général), le cas échéant.

Les points d'usage à risque correspondent au sens de la réglementation à tout point d'usage accessible au public et pouvant produire des aérosols d'eau chaude sanitaire susceptible d'être contaminée par les légionelles ; il s'agit notamment des douches, des douchettes, (...). Un robinet de lavabo n'est donc pas considéré comme un point d'usage à risque or au moins 6 points de relèves sont un robinet de lavabo (Annexe 3 de la procédure de relèves).

Cette annexe porte plus sur la surveillance du risque de brûlure et n'est par ailleurs pas recevable au regard des consignes de températures à respecter afin de limiter le risque de légionelles, en particulier la consigne de « température > ou = à 50 °C en tout point du système de distribution, à l'exception des tubes finaux d'alimentation des points de puisage » qui n'est pas vérifiée.

La procédure actuelle ne répond donc pas aux objectifs de suivi du risque légionelles en détectant les situations de températures favorables au développement de la bactérie.

La remarque R8 est également maintenue dans l'attente d'une formation du personnel à la gestion de crise, celle prévue le 4/11/2024 ayant été annulée.

Il est à souligner que les mises en conformité de l'assainissement (RM5) (Collecte des eaux usées des différents bâtiments de l'EHPAD et raccordement au réseau de la Ville prévus et validés par le CA en février 2021), et celle du réseau d'eau chaude sanitaire dans le cadre de la prévention de la légionellose (Ecart 7) sont des priorités absolues à aborder lors des réunions tripartites entre votre établissement et les tutelles ARS (DT 67) et CeA. **Vous voudrez bien transmettre à la CeA et à l'ARS des devis récents et détaillés pour la mise en conformité de ces 2 types de réseaux.**

Par ailleurs, les réponses et commentaires libres des personnels au baromètre social réalisé sont à prendre en compte pour poursuivre l'amélioration de la Qualité de Vie au Travail et de la prise en charge des résidents.

Vous trouverez la synthèse de l'ensemble des mesures retenues dans le tableau en annexe 1.

La présente décision peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le Tribunal Administratif compétent dans un délai de 2 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.

Après réception du présent courrier, dans le cadre du suivi des décisions maintenues, vous voudrez bien adresser les éléments justificatifs demandés pour attester de leur mise en œuvre avant les échéances mentionnées dans le tableau récapitulatif, à la Délégation Territoriale du Bas-Rhin à l'adresse suivante : Cité administrative Gaujot ARS DT67- 14, rue du Maréchal Juin - 67 084 Strasbourg Cedex ou par mail à ars-grandest-dt67-delegue@ars.sante.fr et ars-grandest-dt67-autonomie@ars.sante.fr

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

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

Signé électroniquement
Agence Régionale de Santé GRAND
EST
Pour la directrice générale et par
délégation - Le Directeur Général
Adjoint Pilotage et Territoire,
Mili SPAHIC
Nancy le 17/01/2025

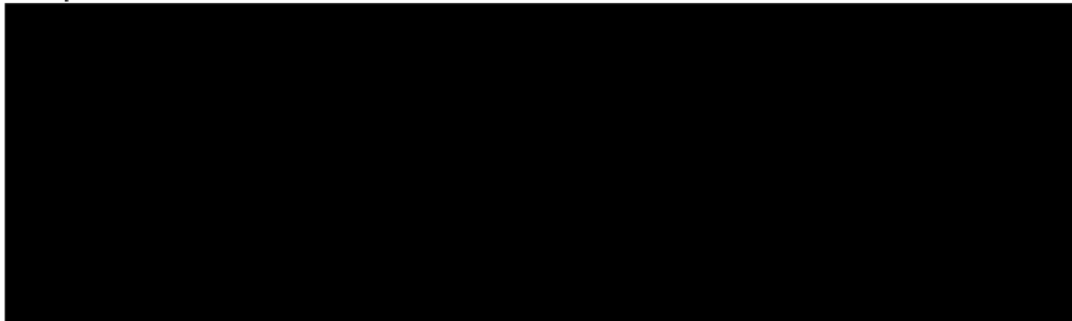
Le Président
de la Collectivité européenne d'Alsace
Pour le Président et par délégation
Le Directeur de l'Autonome

Christian FISCHER
Signature
numérique de
Christian FISCHER
Date : 2025.01.09
11:01:28 +01'00'

Dr Christelle RATIGNIER-CARBONNEIL

Christian FISCHER

Copies :



Annexe 1

Tableau récapitulatif des Ecart

| Ecart | Références CASF | Page | Prescription | Décision suite analyse des éléments contradictoires transmis par la direction de l'EHPAD | Délai et justificatifs éventuels à fournir à la DT 67 |
|---|------------------------|------|--|--|---|
| <p>E1- Aucun contrat ne lie actuellement l'établissement avec les Tutelles. La dernière convention tripartite remonte à 2004.</p> <p>Le dernier arrêté de renouvellement d'autorisation conjointe, délivré le 18 avril 2017 l'a été pour 129 places mais le financement de l'ARS (forfait soins) l'est pour 116 places et celui de la CeA (forfait dépendance) pour 122 places. Par ailleurs, il ne mentionne pas l'existence de l'unité Cristal de 14 places (unité de vie protégée située au rez-de chaussée du bâtiment C de l'EHPAD).</p> | Art. L.313-12 du CASF | 9 | <p>Pres 1 : Un CPOM (en cas de poursuite de l'exploitation de l'EHPAD) ou une évolution de l'offre médico-sociale actuelle proposée par le conseil d'Administration de la Fondation Eliza doivent être arrêtés / validés en 2024 après rencontre et échanges entre la Fondation et les Tutelles (ARS/ CeA).</p> <p>A noter que le financement par la CeA s'effectue désormais sur la base de 116 places à compter du 1^{er} mars 2024.</p> | <p>Prescription 1 Maintenu</p> <p><i>Organiser une première réunion préalablement aux négociations du CPOM entre ARS/ CeA/ GCSMS Bethesda /Fondation et Direction EHPAD Eliza (Avenir de l'EHPAD, Travaux urgents et de mise en conformité)</i></p> <p><i>Réaliser la coupe PATHOS</i></p> <p><i>Elaborer le CPOM</i></p> | <p>30/06/2025</p> <p><i>CR des réunions pré-CPOM</i></p> <p>31/12/2025</p> <p><i>CPOM, Résultats PATHOS</i></p> |
| <p>E2- Le projet d'établissement apparaît non finalisé concernant certains points et n'a pas été mis à jour annuellement comme le mentionne le document.</p> | Article L311-8 du CASF | 14 | <p>Pres 2 : Finaliser les parties inachevées du projet d'établissement qui est à mettre à jour annuellement</p> | <p>Prescription 2 Maintenu</p> <p><i>Mettre à jour le PE 2020-2025</i></p> | <p>31/03/2025</p> <p><i>Document (PE) mis à jour</i></p> |

| | | | | | |
|---|---|-----------|--|---|--|
| <p>E3- Le projet d'établissement n'a pas fait l'objet d'une rédaction pluridisciplinaire et n'est pas connu du personnel selon les entretiens, hormis la charte d'engagement qu'il contient ; Il n'y a pas trace de l'approbation du projet d'établissement par le Président du CA de la Fondation Eliza, alors même qu'il contient un chapitre « Plan stratégique ELIZA 2025 ».</p> | <p>Article L311-8 du CASF</p> | <p>14</p> | <p>Pres 3 : Tracer l'approbation du projet d'établissement qui comporte la stratégie d'évolution de l'EHPAD pour la période 2020-2025, par le Président du CA.</p> | <p>Prescription 3 Maintenue <i>Faire approuver le PE 2020-2025 par le CA</i></p> | <p>31/03/2025 <i>Document (PE) approuvé par le Conseil d'Administration</i></p> |
| <p>E4- Le règlement de fonctionnement ne précise pas les dispositions relatives aux transferts et déplacements, aux modalités d'organisation des transports, aux conditions d'organisation de la délivrance des prestations offertes par l'établissement à l'extérieur. En page 11 les attributions du CVS sont incomplètes Le règlement de fonctionnement n'est pas affiché dans les locaux de l'EHPAD.</p> | <p>Art. D.311-15 du CASF Art. R.311-34 à -37 du CASF</p> | <p>17</p> | <p>Pres 4 : Insérer dans le règlement de fonctionnement la précision sur les dispositions relatives aux transferts et déplacements, aux modalités d'organisation des transports, aux conditions d'organisation de la délivrance des prestations offertes par l'établissement à l'extérieur. Compléter les attributions du CVS (Al. I 1° à 3 de l'article D.311-15). Afficher le règlement de fonctionnement dans les locaux de l'EHPAD.</p> | <p>Prescription 4 Levée</p> | <p>Levée</p> |
| <p>E5- En page 7 du contrat de séjour, les motivations du changement de chambre d'un résident à l'initiative de la direction de l'EHPAD pour raisons de service ou médicales sont insuffisamment précises.</p> <p>En page 13, les montants restant dû en cas d'absence du résident de moins de 72 heures (hospitalisation ou convenances personnelles) sont erronés.</p> <p>En page 20, la mention « la facturation en cas de décès continue à courir tant</p> | <p>Art. R.314-178 du CASF Art. D.311 du CASF Art. L311-4 et -4-1 du CASF Art. R.314-149 du CASF</p> | <p>18</p> | <p>Pres 5 : Expliciter les motivations et les conditions de prise de la décision à l'origine du changement de chambre à l'initiative de la direction de l'EHPAD (en particulier association à la décision de l'équipe pluridisciplinaire et de la famille du résident, délai de la mise en œuvre...).</p> <p>Rectifier l'information erronée ; Pendant la période d'hospitalisation avec hébergement d'un résident, sa</p> | <p>Prescription 5 Levée</p> | <p>Levée</p> |

PRO-INSP-02-INS-15_V3-11PR

| | | | | | |
|---|------------------------------|----|--|--|--|
| que les objets personnels n'ont pas été retirés des lieux que la personne occupait » est erronée. | | | <p>participation au tarif afférent à la dépendance à sa charge ne lui est pas facturée.</p> <p>Il en va de même pendant la période d'absence pour convenances personnelles d'un résident à condition qu'il ait informé préalablement l'établissement de cette absence dans les délais prévus dans son contrat de séjour.</p> <p>Même si les objets personnels du résident n'ont pas été retirés de la chambre qu'il occupait, l'établissement ne peut facturer le montant correspondant au socle de prestations mentionné au troisième alinéa de l'article L. 342-2 du CASF que pour une durée maximale de six jours suivant le décès du résident. Les charges variables relatives à la restauration sont déduites du montant facturé.</p> | | |
| E6- Il n'y a pas de commission de coordination gériatrique depuis 2021. | Art. D.312-158, al.3 du CASF | 18 | Pres 6 : Mettre en place la Commission de coordination gériatrique (animation au moins annuelle par le Medec nouvellement arrivé en mai 2023). | Prescription 6 Maintenu <i>Recruter un MEDEC (départ du précédent fin juillet 2023) et mettre en place la CCG annuelle</i> | Jusqu'au recrutement du nouveau MEDEC |

| | | | | | |
|--|---|-----------|--|--|--|
| <p>E7- Non-respect des dispositions réglementaires dans le cadre de la gestion et de la surveillance du risque de légionellose dans les établissements médico-sociaux d'hébergement pour personnes âgées.</p> <p>La situation de l'établissement est identique à celle de l'inspection de 2018/ janvier 2019 et de l'inspection de suivi du 24 juin 2019, et ne permet pas la maîtrise du risque de légionellose au sein de l'EHPAD, non maîtrise liée à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à l'ancienneté de l'installation sanitaire et à la non-gestion des nombreux points d'usage peu ou pas utilisés (bras morts), structurels ou fonctionnels (par modifications successives de l'installation sanitaire), - à la surveillance et gestion inadéquates et incomplètes du réseau d'eau chaude sanitaire via les points de relèvement de températures et de prélèvements tels qu'ils sont définis actuellement, - à l'absence de mise en œuvre d'actions correctrices en cas d'anomalies des températures propices à la prolifération des légionnelles : l'eau chaude sanitaire de l'EHPAD est insuffisamment chaude (< aux 55° réglementaire en sortie de production) et < 50 ° dans le réseau de distribution, imposant par ailleurs la réalisation des toilettes des résidents l'hiver à l'aide de bouilloires par absence d'eau chaude lorsque le chauffage est mis en route aggravé | <p>Art.L.1321-1 et -4 ; Art. R 1321-23, 25, 44 du CSP</p> <p>Arrêté du 01/02/2010 (surveillance des légionnelles dans les installations de production stockage et distribution d'eau chaude sanitaire)</p> <p>Circ.DGS n°2005-493 du 28/10/2005 relative à la prévention du risque lié aux légionnelles dans les établissements sociaux et EHPAD</p> <p>Arrêté du 30/11/2005 relatif aux installations fixes destinées au chauffage et à l'alimentation en eau chaude sanitaire des bâtiments d'habitation, des locaux de travail ou recevant du public</p> | <p>27</p> | <p>Pres 7 : Procéder aux travaux nécessaires sur l'ensemble du réseau sanitaire de l'EHPAD (de la production de l'eau chaude jusqu'à sa distribution) pour que l'EHPAD soit en conformité avec la réglementation dans le cadre de la prévention du risque de légionellose (en particulier installation de points de puisage au niveau des ballons...).</p> <p>Mettre en œuvre les actions correctrices attendues et nécessaires en cas d'anomalies des températures relevées (et au-delà de la pose de robinet thermostatique bloqué à 38° C qui prévient le risque de brûlure mais pas celui de légionellose)</p> <p>Tant que le risque de légionellose n'est pas maîtrisé procéder au :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Remplacement des mousseurs de tous les robinets du site par des brise jets -Installation de douchette anti-légionnelle à changer tous les 3 mois au niveau des douches des chambres des résidents -Installation de douchettes anti-légionnelle à changer tous les 3 mois au niveau des douches des salles de bain communes -Installation de douchettes anti-légionnelle dans tous les locaux techniques | <p>Prescription 7 Maintenu</p> <p><i>Relevés de températures non effectués selon la réglementation et absence d'actions correctrices au regard de de températures non conformes (<50 ° ou 55° selon l'emplacement du point de relèvement) favorisant la colonisation bactérienne responsable de la légionellose</i></p> <p><i>Réalisé depuis fin juillet 2023 sachant que la mise en œuvre de douchettes anti-légionelles et de brise-jets reste une mesure temporaire dans l'attente de la correction des causes favorisant la colonisation bactérienne du réseau sanitaire.</i></p> <p><i>Elaborer une procédure définissant les modalités de l'installation, du suivi et la traçabilité des opérations portant sur les douchettes anti-légionelles et les brise-jets.</i></p> | <p>30/06/2025</p> <p>Diagnostic du réseau sanitaire + Devis des travaux de mise en conformité pour respect de la réglementation afférent à la prévention du risque de légionellose</p> <p><i>Procédures de suivi de la mise en place des douchettes à filtres anti-légionelles et des brise-jets</i></p> <p><i>Procédures pour la réalisation des puisages quotidiens sur tous les points d'eau en chambre de résident ainsi que ceux hebdomadaires des points d'eau hors chambre non utilisés, mis en place par l'établissement</i></p> <p><i>(Se rapprocher du service VSSE de la DT67 pour les modalités)</i></p> <p><i>ars-grandest-dt67-vsse@ars.sante.fr</i></p> |
|--|---|-----------|--|--|--|

| | | | | | |
|--|--|----|---|--|--|
| par le sous dimensionnement des ballons d'eau chaude. | | | | | |
| <p>E8- Non-respect du projet de service de l'unité Cristal élaboré en novembre 2021 ; En effet contrairement à ce qui est écrit, l'environnement et la prise en charge des résidents admis à l'unité Cristal ne sont pas de qualité (chaleur étouffante, locaux vétustes et malodorants, réduction des espaces de déambulation et de la liberté d'aller et venir liée aux fermetures des chambres, des coursives, du jardin, salle de bain exigüe encombrée et dangereuse (dangers par ingestion ou manipulation de liquides ou matériels à risque accessibles).</p> | <p>Art D312-155-0 et art. L311-3 du CASF</p> <p>Projet de service unité de novembre 2021</p> | 32 | <p>Pres 8 : Transférer les résidents de l'unité Cristal dans les autres unités de l'établissement jusqu'à ce que les travaux de mise aux normes et de réfection des locaux de l'unité soient terminés.</p> | <p>Prescription 8 Maintenu partiellement</p> <p><i>dans l'attente de la réfection des murs et sols de l'unité Cristal</i></p> <p><i>(Ont déjà été réalisés la salle de bains Cristal en août 2023, l'ajout d'une soignante permanente au sein de l'unité, le renforcement du ménage, le rangement sécurisé des médicaments)</i></p> | <p>30/04/2025</p> <p><i>Photos des locaux rénovés de l'unité Cristal</i></p> |
| <p>E9- Il ressort des entretiens et doléances du personnel soignant, ainsi que des CR de réunions pluridisciplinaires un manque de matériel médical (cales et coussins de latéralisation) et des dysfonctionnements de certains dispositifs existant, ainsi qu'un contingement des consommables (alèzes, gants, protections), à l'origine de possible de situations de maltraitances involontaires des résidents, et dans certains cas d'alourdissement de la charge de travail du personnel (réfection totale des lits par manque d'alèze jetable). Le personnel n'a pas de tenue nominative et ne dispose pas toujours de tenue propre à sa prise de poste.</p> | <p>Art D 312-155-0 et art L311-3 du CASF.</p> | 33 | <p>Pres 9 : Afin d'assurer aux résidents une prise en soins de qualité et bienveillante :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Mettre à disposition du personnel plusieurs tenues nominatives propres (entretien effectué en interne ou externalisé) -Réaliser l'inventaire (qui était prévu) du matériel médical présent dans l'EHPAD afin de le réparer et de le compléter. -Transmettre l'inventaire réalisé et les actions correctrices en lien ainsi que le détail des commandes de consommables (gants jetables, alèzes et protections pour les résidents) pour le 1er semestre 2024 (transmission au fil de l'eau). | <p>Prescription 9 Maintenu partiellement</p> <p><i>Mettre à disposition des tenues en nombre et nominatives des personnels</i></p> <p><i>Ecart 9 Levé concernant l'inventaire et le protocole de gestion des consommables et aux aides à la mobilité et transferts, qui ont été élaborés</i></p> | <p>31/01/2025</p> <p><i>Procédure de gestion des tenues des professionnels de l'EHPAD</i></p> |

| | | | | | |
|---|--|-----------|---|--|--|
| <p>E10- Le MEDEC nouvellement recruté ne détient pas le diplôme requis pour assurer la fonction de médecin coordonnateur en EHPAD.</p> | <p>Art. D312-157 du CASF</p> | <p>34</p> | <p>Pres 10 : Transmettre la preuve d'inscription du MEDEC pour l'obtention d'un diplôme lui permettant d'assurer la fonction de médecin coordonnateur en EHPAD</p> <p><i>A noter : démission du MEDEC à la fin de sa période d'essai fin juillet 2023 ; Absence de Medec depuis août 2023</i></p> | <p>Prescription 10 Maintenu</p> <p><i>Dans l'attente du prochain recrutement</i></p> | <p>A la date du recrutement du nouveau MEDEC</p> <p><i>(Contrat de travail et diplômes permettant d'assurer la fonction de médecin coordonnateur)</i></p> |
| <p>E11- Environ 40 % des collaborateurs aides-soignants / AMP travaillant au sein de l'EHPAD sont des agents non qualifiés appelés agents de soins, recrutés en externe avec des expériences d'aides à la personne ou de formation initiale dans le sanitaire et social, ou correspondant à des ASL titulaires souhaitant travailler en tant qu'AS.</p> <p>Les agents de soins, qui effectuent certaines tâches d'accompagnement du résident (toilettes, changes, transferts, habillage, aide aux repas) relevant des compétences d'un(e) aide-soignant(e) ne sont pas formés pour la plupart (pas de VAE ou de formation d'AS en cours), et ne sont pas systématiquement en binôme, encadrés par une AS diplômée.</p> | <p>Art. L312-1, II et art. D312-155-0 II du CASF</p> <p>Arrêté du 10/06/2021 relatif à la formation conduisant au DEAS et annexes (référentiels d'activités et de compétences)</p> | <p>36</p> | <p>Pres 11 : Justifier pour les agents de soins d'une démarche de qualification en cours. A défaut, inscrire ces agents dans un parcours de formation en vue d'obtenir le diplôme d'aide-soignant (DEAS).</p> <p>Mettre l'agent de soins en poste systématiquement en binôme avec un(e) aide-soignant(e) diplômé(e).</p> | <p>Prescription 11 levée</p> <p><i>(4 personnes actuellement en formation d'AS : 2 entrées à l'IFAS en sept 2024 et 2 VAE en cours)</i></p> | <p>Levée</p> |

| | | | | | |
|--|--|-----------|--|--|---------------------|
| <p>E12- Le jour de l'inspection et suite à l'analyse des plannings d'activité du 1er trimestre 2023, il est constaté la présence exclusive et récurrente au sein de l'unité d'agents de soins non qualifiés faisant fonction d'aide-soignante, en dehors de toute formation en cours ou d'un binôme encadré par une aide-soignante diplômée. Les agents travaillant à l'unité fermée Cristal ne sont pas dédiés à l'unité contrairement à ce qu'annonce le projet d'établissement.</p> | <p>Art D. 312-155-0, II et L 312-1, du CASF</p> <p>Projet de service de l'unité de novembre 2021</p> | <p>37</p> | <p>Pres 12 : Arrêter les admissions de tout patient relevant de l'unité fermée Cristal jusqu'à ce que l'effectif de personnels soignants (IDE, AS) et l'organisation de la couverture soignante qualifiée idéalement dédiée à l'unité Cristal soient en place (chaque jour, au minimum, un binôme le matin de 2 aides-soignant(e)s diplômé(e)s ou d'1 aide-soignant(e) + 1 ASL (agent de service logistique)), afin de permettre la prise en charge sécurisée des résidents et d'être conforme au contenu du projet de l'unité de novembre 2021.</p> | <p>Prescription 12 déjà levée à l'automne 2023</p> <p>Suite aux réponses aux injonctions 1 et 4 du courrier du 10/08/23 (au moins 1 AS diplômée présente dans l'unité chaque jour)</p> | <p>Levée</p> |
| <p>E13- Si la limitation de la contention physique et chimique est pratiquée par la structure, les chambres des résidents sont fermées à clé la nuit (CR du CVS du 22/12/2021). Les chambres de l'unité Cristal sont fermées à clé également la journée sauf en cas de demande du résident de réintégrer sa chambre. Même si les poignées peuvent s'ouvrir facilement de l'intérieur (qui peut néanmoins ne pas être évident pour une personne avec des troubles cognitifs), le caractère systématique de la fermeture à clé des portes de chambres des résidents, est une atteinte à leur liberté d'aller et venir. En effet, la fermeture à clé de la chambre d'un résident est une mesure de restriction qui peut s'appliquer à certains résidents uniquement dans leur intérêt après décision collégiale et qui doit être mentionnée dans l'annexe</p> | <p>Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (dite loi ASV) créant l'article L.311-4-1 du CASF</p> <p>Normes de sécurité incendie dans les EHPAD : entre normes et personnalisation des espaces (Fiche-repère ANESM 2018)</p> | <p>42</p> | <p>Pres 13 : Conformément à la Loi ASV du 28 décembre 2015 créant l'article L.311- 4-1 du CASF, réévaluer individuellement la nécessité de fermer à clés les chambres des résidents la nuit (plus en journée pour ceux de l'unité), les mesures de restriction de la liberté d'aller et venir dans les établissements et services accueillant des personnes âgées n'étant prévues que dans l'intérêt résidents, si elles s'avèrent strictement nécessaires, et non disproportionnées par rapport aux risques encourus. Elles sont définies après examen du résident et au terme d'une procédure collégiale mise en œuvre à l'initiative du médecin coordonnateur de l'établissement ou, en cas d'empêchement du médecin coordonnateur, du</p> | <p>Prescription 13 Levée</p> <p><i>(Sujet abordé par la psychologue lors de communications internes et avec les familles, mesure mentionnée dans le contrat de séjour, passes pour ouverture des chambres en nombre, qui restent ouvrables de l'intérieur par le résident qui souhaite en sortir)</i></p> | <p>Levée</p> |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| <p>au contrat de séjour. Au regard des normes de sécurité incendie, la fermeture à clé des portes de chambres est admise dans la mesure où les personnes en charge de la surveillance de l'établissement détiennent une clé (passe) permettant l'ouverture de toutes les portes.</p> | | | <p>médecin traitant. Cette procédure associe l'ensemble des représentants de l'équipe médico-sociale de l'établissement afin de réaliser une évaluation pluridisciplinaire des bénéfices et des risques des mesures envisagées. Ces mesures doivent faire l'objet d'une annexe au contrat de séjour du résident, qui définit les mesures particulières à prendre, autres que celles définies au règlement de fonctionnement, pour assurer l'intégrité physique et la sécurité de la personne et pour soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir. Le contenu de l'annexe peut être révisé à tout moment, selon la même procédure, à l'initiative du résident, du directeur de l'établissement ou du médecin coordonnateur ou, à défaut de médecin coordonnateur, du médecin traitant, ou sur proposition de la personne de confiance désignée.</p> <p>Par ailleurs, s'assurer de l'existence de plusieurs passes pour ouvrir rapidement les portes des chambres concernées par une fermeture à clé.</p> | | |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|--|--|----|---|---|---|
| E14- Il n'y a pas de convention entre l'EHPAD et un établissement de santé de proximité pour la prise en charge en hospitalisation complète en accès direct hors cas d'urgence (la convention avec les HUS de 2003 est obsolète) ni avec un CHS (Géronto-psychiatrie, la convention avec le CH d'Erstein date de 2001), contrevenant à la réglementation. | Art.D.312-155-0 Al.5 et art D312-158 Al.10 et 11 du CASF ART.L.314-12 du CASF | 43 | Pres 14 : Réactualiser ou établir de nouvelles conventions avec au moins un établissement de santé conformément à la réglementation ainsi qu'avec d'autres structures afin d'assurer la continuité des soins des résidents (hospitalisation en accès direct en établissement de santé, HAD), permettant en particulier d'organiser l'hospitalisation des résidents en accès direct hors cas d'urgence ou un suivi spécialisé au sein de l'EHPAD (IDE de géronto-psychiatrie, Equipe mobile de soins palliatifs, HAD). | Prescription 14 Levée | Levée |
| E15- La gestion du stock tampon reste à organiser (commande d'une armoire sécurisée prévue et suivi des péremptions tous les 6 mois par l'IDE). | Art. L.5126-10 et R.5126-108, 109 et -112 du CSP | 47 | Pres 15 : Finaliser la gestion sécurisée du stock tampon | Prescription 15 Levée | Levée |
| E16- Une quinzaine de médecins traitants ne prescrivant pas informatiquement, il y a régulièrement retranscription des ordonnances par l'IDEC et le MEDEC, potentiellement source d'erreurs. Absence de liste préférentielle constituée pour les prescriptions. | Art. L.5126-10 II et L313-12 V du CSP | 48 | Pres 16 : Amener les médecins traitants à prescrire informatiquement et élaborer avec eux et le pharmacien référent une liste des médicaments à utiliser préférentiellement dans chaque classe thérapeutique. | Prescription 16 Maintenu <i>Rappeler l'obligation des prescriptions informatiques et dans le cadre d'une liste préférentielle</i> | 31/03/2025 <i>(Copie du Message de rappel aux médecins traitants intervenant à l'EHPAD de prescrire les traitements informatiquement)</i> |

| | | | | | |
|---|---|-----------|---|-------------------------------------|---------------------|
| <p>E17- Outre les AS diplômés et les AMP/AES pour lesquels est permise la délégation par les IDE de la distribution des médicaments, cette délégation est également appliquée aux agents de soins non diplômés et aux élèves IDE en 1ère année de formation, ce qui n'est pas conforme. La procédure rédigée en 2023 sur cette possibilité n'est également pas conforme puisque mentionnant les agents de soins non diplômés comme pouvant distribuer les médicaments sur délégation infirmière.</p> | <p>Art R 4311-4 du CSP Art. L313-26 du CASF</p> | <p>49</p> | <p>Pres 17 : Organiser les présences des soignants de façon à ce que la distribution des médicaments sur délégation des (d'une) IDE ne soit effectuée que par des AS diplômés ou AMP/AES en collaboration avec les IDE délégataires.</p> | <p>Prescription 17 Levée</p> | <p>Levée</p> |
|---|---|-----------|---|-------------------------------------|---------------------|

Tableau récapitulatif des Remarques Majeures

| Remarque Majeure | Page | Prescription | Décision suite analyse des éléments contradictoires transmis par la direction de l'EHPAD | Délai |
|--|------|---|--|---|
| <p>RM1- Si on retrouve dans le projet d'établissement très dense, les objectifs en matière de coordination et de coopération nécessaires aux soins palliatifs (p 49), de modalités d'organisation, de fonctionnement, et d'évaluation des activités, certains points spécifiques à l'EHPAD ELIZA n'apparaissent pas, tels que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la définition juridique de l'établissement au sens du code de l'action sociale et des familles - les valeurs défendues par l'organisme gestionnaire - le type de population accueillie préférentiellement (personnes de toute confession présentant des troubles cognitifs liés à l'âge et/ou à des maladies neuro-dégénératives) et leur parcours - l'adéquation de l'offre de service de la structure avec les orientations du Projet régional de santé et du schéma départemental de l'autonomie - la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance en particulier les actions de formation et de soutien aux équipes (analyse des pratiques) - la valorisation des acquis professionnels, ce d'autant que les « agent de soins » mentionnés dans le projet d'établissement, qui correspondent à des agents de soins logistiques ou des agents non qualifiés assurent des tâches d'aides-soignantes. | 15 | <p>Pres 1 : Préciser les éléments manquant au contenu du PE et spécifiques à l'EHPAD ELIZA</p> | <p>Prescription 1 Maintenu <i>Mettre à jour le PE 2020-2025</i></p> | <p>31/03/2025 <i>(Document (PE) mis à jour et approuvé par le Conseil d'Administration)</i></p> |

PRO-INS-02-INS-15_V3-11-PR

| | | | | |
|---|----|---|---|---|
| RM2- La procédure de subdélégation de pouvoirs en cas d'absence de la directrice n'a pas été validée par le président du CA suite à sa rédaction en février 2022 par la directrice de l'EHPAD. | 17 | Pres 2 : Faire valider par le CA la procédure de subdélégation de pouvoirs en cas d'absence de la directrice | Prescription 2 Maintenu <i>Faire valider par le CA la procédure de subdélégation de pouvoirs de 2022</i> | 31/01/2025 <i>(Document validé par le Conseil d'Administration)</i> |
| RM3- Plusieurs éléments factuels (entretiens lors de l'inspection du 15/06/23, doléances écrites d'un collectif de personnels transmises à l'ARS, CR de CODIR, CR de CVS, nombreuses démissions, licenciements et fins de période d'essai depuis 2020) traduisent l'existence de difficultés professionnelles entre la directrice et les collaborateurs, délétères en termes de conditions, d'ambiance de travail et de stabilité des effectifs, ce qui ne favorise pas l'attractivité de l'EHPAD. | 22 | Pres 3 : Un baromètre social et l'expression des besoins par les collaborateurs pourraient être proposés pour initier des échanges constructifs entre Direction et collaborateurs. Cette situation de clivage direction/ personnels doit aussi être prise en compte et résolue par intervention du Conseil d'Administration gestionnaire de l'EHPAD. | Prescription 3 Levée <i>(Baromètre social réalisé entre le 5/08 et 12/09/24 avec taux de réponse important : personnel plutôt satisfait avec Direction plus à l'écoute, baisse de l'absentéisme et du recours à l'intérim soignant mais points négatifs persistants (glissement de tâches, matériel insuffisant (rails, soulève-malades, manque salle de pause pour le personnel du bâtiment B/C, manque de reconnaissance)</i> | Levée <i>(Les réponses et commentaires informatifs sont à prendre en compte pour poursuivre l'amélioration de la QVT)</i> |
| RM4- Excepté les numéros de chambre des résidents, il n'y a pas systématiquement de signalétique sur les portes des nombreux locaux/ bureaux au sein de l'EHPAD (dont local DASRI à l'arrière du bât. B/C et local plan bleu) et la signalétique ne correspond pas pour un certain nombre d'entre eux à leur fonction, suite à un changement d'usage (par exemple local Electricité alors qu'on y trouve l'infirmerie principale du bât. B/C). Ceci ne permet pas à un nouveau personnel de se repérer et ne facilite pas une intervention urgente par un personnel extérieur ou par des services d'urgences à la personne ou techniques (SAMU, SDIS, GDS etc...). | 23 | Pres 4 : Mettre à jour la signalétique de l'ensemble des locaux de l'EHPAD dont le local extérieur de stockage des DASRI et le local plan bleu qui doivent comporter un pictogramme sur la porte. | Prescription 4 Levée | Levée |

| | | | | |
|---|----|---|--|--|
| <p>RM5- Les travaux d'assainissement prévus et validés par le Conseil d'Administration de la Fondation en février 2021 n'ont pas débuté au jour de l'inspection, suspendus par la décision de l'agent technique prestataire intervenant à l'EHPAD au motif que ces travaux nuisent à l'image commerciale de l'établissement compte tenu de leur localisation devant l'entrée principale de l'EHPAD (bâtiment Moulin Vert) « vitrine de l'EHPAD ». A noter que l'allocation de 300 000 € (dans le cadre d'un PAI) a été octroyée à la Fondation Eliza par l'ARS en décembre 2021 pour des travaux de mise en sécurité et aux normes dont les travaux d'assainissement et de rénovation des salles de bains commune faisaient partie. Au jour de l'inspection, cette allocation n'a pas été utilisée.</p> | 24 | <p>Pres 5 : Réaliser les travaux d'assainissement prévus et validés par le CA en février 2021 (Collecte des eaux usées des différents bâtiments de l'EHPAD et raccordement au réseau de la Ville)</p> | <p>Prescription 5 Maintenu</p> <p><i>Transmettre à la CeA un diagnostic du réseau d'assainissement et un devis détaillé et récent pour la réalisation des travaux de mise en conformité de l'assainissement validés en CA en février 2021</i></p> | <p>30/09/2025</p> <p><i>Diagnostic du réseau d'assainissement et Devis détaillé et récent pour la réalisation des travaux de mise en conformité de l'assainissement</i></p> |
| <p>RM6- En dehors de l'unité Cristal, les fenêtres des chambres ne sont pas sécurisées, ce qui expose les résidents présentant pour la plupart des troubles cognitifs, à des chutes graves.</p> | 28 | <p>Pres 6 : Sécuriser les fenêtres des résidents situés en étage.</p> | <p>Prescription 6 Levée</p> <p><i>(Entrebâilleurs posés à la suite d'un décès par défenestration été 2023)</i></p> | <p>Levée</p> |
| <p>RM7- Les travaux des 3 salles de bains communes validés par le Conseil d'administration depuis février 2021 et débutés en août 2022 ne sont toujours pas achevés au jour de l'inspection le 15/06/2023 soit presque un an après leur démarrage, du fait de l'arrêt des travaux en décembre 2022 sur décision de l'agent technique prestataire externe, rendant les salles de bain inutilisables, alors même que de nombreuses chambres (toutes à l'unité Cristal) ne disposent pas de douche individuelle. Il apparaît un manque de suivi des travaux par le CA mais également des décisions de l'agent technique prestataire (assainissement, salles de bains communes, non utilisation de l'allocation PAI de décembre 2021), décisions qui pour celles concernant les salles de bains impactent directement et durablement la prise en charge des résidents</p> | 30 | <p>Pres 7 : Débloquer les travaux de réfection et de mise aux normes des salles de bains communes dont celle de l'unité Cristal débutés en août 2022, le suivi rapproché des travaux au sein de l'EHPAD en particulier de mises aux normes et de sécurité et les problématiques en découlant, devant être transmis au Conseil d'Administration pour décisions et actions si nécessaires.</p> | <p>Prescription 7 Maintenu partiellement</p> <p><i>(Terminer les travaux de la salle de bains commune de l'Unité Saphir, travaux débutés depuis fin 2022)</i></p> <p><i>RM7 Levée pour ce qui concerne l'unité Cristal par déblocage des travaux de la salle de bains suite à l'injonction 3 du courrier du 10/08/2023 ainsi ceux de la salle de bains commune Emeraude</i></p> | <p>31/03/2025</p> <p><i>(Photos de la salle de bains commune Saphir rénovée et opérationnelle)</i></p> |

| | | | | |
|---|----|--|---|--------------|
| (toilettes) ainsi que les conditions de travail des soignants. | | | | |
| RM8- Le local Plan bleu contenant les stocks d'EPI et de bouteilles d'eau minérale se trouve dans des combles accessibles par une petite porte au fond du local pharmacie du Moulin Vert. Le local Plan bleu est situé dans des combles poussiéreuses et humides non thermo-régulées puisque non isolées et est inadapté au stockage d'EPI et de réserves d'eau embouteillée. En outre ce local ne permet pas de se tenir debout et n'est pas signalé par un pictogramme. A noter que la clé ouvrant le local qui doit être accessible à tout moment était introuvable le jour de l'inspection, l'ouverture ayant nécessité l'action de l'agent technique qui a fait « sauter la serrure » au courant de la journée. | 30 | Pres 8 : Déménager les stocks de matériel en lien avec le plan bleu dans un local / bureau thermo-régulé au sein de l'EHPAD, par exemple dans la pièce comportant, entassées, des dizaines d'aides techniques à la marche (déambulateurs, fauteuils roulants manuels et électriques, béquilles etc..) et chaises percées suite aux décès des résidents et non réutilisées | Prescription 8 Levée <i>(Local plan bleu relocalisé dans une pièce du 1^{er} étage du bâtiment le plus récent Moulin Vert)</i> | Levée |
| RM9- Il manque 2.5 ETP d'IDE titulaire soit 3 IDE pour assurer une couverture infirmière nécessaire à la prise en charge des résidents et adaptée au nombre de résidents accueillis, déficit pour ce personnel qualifié actuellement pallié par le recours à l'intérim. | 34 | Pres 9 : Recruter a minima 2 ETP infirmier pour assurer une couverture soignante infirmière suffisante au regard de la capacité d'accueil de l'EHPAD. | Prescription 9 déjà Levée <i>suite aux réponses aux injonctions 1 et 4 du courrier du 10/08/23</i> | Levée |
| RM10- Actuellement l'accueil des personnels en intérim (IDE surtout) est trop minimaliste se réduisant à l'impression la veille des plans de soins laissés sur les chariots de soins. | 36 | Pres 10 : Mettre en place un livret d'accueil pour le personnel intérimaire, feuille d'accueil comportant le fonctionnement de l'EHPAD en journée et les points de vigilance du moment. | Prescription 10 Levée <i>(En cas d'IDE intérimaire, préparation par l'IDEC des documents mis à jour (liste des résidents avec photos, déroulement journée type IDE, plan de soins du jour et lendemain)</i> | Levée |

| | | | | |
|--|----|---|---|--|
| RM11- La vacance du poste du 2ème d'agent technique qui a démissionné a été compensée par le recours à un prestataire externe autoentrepreneur habitant sur place (décision du CA lors de l'AG du 17/11/2021). Les factures des prestations réalisées par ce prestataire au sein de l'EHPAD demandées par les inspecteurs n'ont pu être remises par le comptable salarié de l'EHPAD. La fiche de poste de l'autre agent de maintenance qui fait partie de l'effectif du personnel de l'EHPAD ne prévoit pas la prise de décisions et la réception finale en rapport avec des travaux effectués par des entreprises extérieures. Or l'agent technique prestataire a précisé être à l'origine de la non-utilisation de l'allocation de 300 000 euros prévus pour les travaux d'assainissement qu'il a décidé de ne pas faire réaliser pour des raisons d'esthétisme, et à la non réception des travaux des salles de bain communes, restant non fonctionnelles depuis plusieurs mois au jour de l'inspection. | 27 | Pres 11 : Clarifier le positionnement de l'agent technique prestataire externe et préciser les missions lui incombant par rapport à l'agent technique salarié de l'EHPAD. Transmettre les factures depuis décembre 2021 liées aux paiements des interventions du prestataire au sein de l'EHPAD. | Prescription 11 Maintenu <i>(Lettre de Mission de Mr Chaudonneret en date du 26/09/2024 non validée ni signée par le Président du Conseil d'Administration)</i> | 31/03/2025 <i>(Lettre de Mission du prestataire externe validée et signée par le Président de la Fondation Eliza et transmissions des Compte-Rendus des Conseils d'Administration de septembre 2024)</i> |
| RM12- Les horaires actuels de travail en 10 h des 2 IDE en journée de 7h30 à 18h30 (11 h avec une heure de coupure entre 13h30 et 14h30), ne permettent pas aux IDE d'assister aux réunions de transmissions avec les AS et ASL du début d'après-midi ni à celles du soir. | 39 | Pres 12 : Modifier les horaires de pause de façon à ce que les IDE puissent assister aux transmissions inter-équipes du début d'après-midi. | Prescription 12 Levée | Levée |
| RM13- Les effectifs actuels en ASD/ AMP/AES, si l'on exclut les agents de soins non qualifiés mais faisant fonction d'ASD, ne permettent pas d'assurer chaque jour la couverture soignante nécessaire à la prise en charge des résidents. Cette situation est aggravée quand les soignants prévus au planning sont dans les faits indisponibles (maladie ou formation). La présence le 15/06/2023 d'un seul agent non qualifié à l'UVP de 7h à 10 h est incompatible avec une prise en charge de qualité des 11 résidents atteints de troubles cognitifs importants et déambulant. | 40 | Pres 13: Recruter des AS diplômés et tenter de fidéliser ceux intervenant dans la structure en CDD ; Accélérer les formations d'évolution professionnelle pour les agents de soins et les ASL qui souhaitent intégrer un IFAS ou un parcours de VAE. | Prescription 13 Levée <i>(Poursuivre la fidélisation des agents via les formations pour évolution professionnelle)</i> | Levée |

| | | | | |
|--|----|---|--|---|
| RM14- Il existe un local sans signalétique comportant un unit dentaire datant de 2001 au 3ème étage du bâtiment C non entretenu et qui ne serait plus utilisé depuis 2021. Un dentiste libéral y intervenait encore en 2017 essentiellement pour des soins prothétiques; Ce siège dentaire appartenant selon la Directrice à une association aurait dû être déclaré à l'Ordre départemental des Chirurgiens-dentistes et à l'ARS. | 43 | Pres 14 : Supprimer l'unité dentaire dont la maintenance n'est plus effectuée et le matériel environnant (stérilisateur, dispositifs médicaux, radio) qui ne sont plus conformes aux normes de sécurité et ne doivent plus être utilisés, et ce définitivement. | Prescription 14 Maintenu <i>(Local fermé à clé en attendant le démantèlement de l'unit dentaire, offre de soins dentaires ôtée du livret d'accueil aux résidents)</i> | 30/06/2025 <i>(Justificatif du démantèlement du cabinet dentaire)</i> |
| RM15- La liste des procédures organisationnelles et des protocoles de soins est différente entre celle présente dans TITAN et celle présente sur le serveur T de la Fondation ELIZA. Actuellement une partie des documents sont en cours d'écriture ou de mise à jour. Plusieurs versions du même document ou précisé comme brouillon sont retrouvées (par exemple : Appel du 15 versus Check-list pour appel du SAMU ou du médecin traitant/ Gestion des DASRI versus protocole DASRI / Conduite à tenir en cas de grippe versus Procédure grippe et mesures barrière/ 3 procédures existantes sur la thématique des escarres) ce qui ne permet pas de se référer rapidement au document en vigueur. | 45 | Pres 15 : Poursuivre et terminer l'écriture et la mise à jour des procédures organisationnelles et des protocoles de soins. Communiquer au personnel sur leur existence et mise à disposition. Mettre en place une gestion documentaire pour harmoniser et assurer le suivi des versions de ces documents de référence. | Prescription 15 Levée <i>(Acquisition en 2024 par la Fondation du logiciel Qualité AGEVAL pour faciliter la gestion documentaire, harmonisation des procédures en cours avec les autres établissements du GCSMS)</i> | Levée |
| RM16- Le médecin traitant qui suit le plus grand nombre de résidents de l'EHPAD part en retraite à l'été 2023 et n'est pas remplacé à ce jour. Quelques rares médecins traitants ne saisissent pas informatiquement leurs prescriptions qui font l'objet d'une retranscription. | 45 | Pres 16 : Contacter les médecins traitants (ou organiser une CCG) (médecin coordonnateur) afin d'organiser la continuité de la prise en charge des résidents qui n'auront plus de médecin traitant. Rappeler aux médecins la nécessité de la saisie informatique des prescriptions médicales pour éviter les retranscriptions, potentielles sources d'erreur médicamenteuse. | Prescription, 16 Levée <i>(Envoi de courriers à une centaine de médecins libéraux, à ce jour tous les résidents ont un médecin traitant)</i> | Levée |

| | | | | |
|---|----|---|--|-------|
| <p>RM17- Comme lors de l'inspection de 2018/2019, les salles dites de soins des unités du Bat B/C sont encombrées et peu entretenues ; Elles font office de locaux techniques (stockage denrées alimentaires et rangement du linge plat et des résidents) et de rangements comportant des effets personnels (sac à main), les fournitures de l'animatrice... Les 2 salles de soins visitées lors de l'inspection n'étaient pas fermées de façon sécurisée : pour l'une le digicode ne fonctionnait pas (unité Cristal), pour l'autre la porte ne se fermait pas (Saphir).</p> <p>Dans la salle de soins de l'unité Cristal, les tiroirs du chariot de médicaments ne sont pas verrouillés, un chariot de ménage est présent avec des produits toxiques, sur la paillasse sont posés des objets contenant, un rasoir mécanique et un tube de vaseline ouvert. Le chariot de nursing est retrouvé dans un coin du couloir de l'unité Cristal permettant l'accès pour les résidents à des produits exposant à des risques physiques et chimiques.</p> | 46 | <p>Pres 17 : Sécuriser l'accès au contenu des chariots de soins et de médicaments en les verrouillant et en les plaçant dans les salles de soins dont l'accès est restreint aux personnels. (Circuit du médicament en EHPAD Guide régional ARS ARA juin 2023).</p> <p>Réorganiser au sein de l'EHPAD les salles dites de soins afin qu'elles aient soit une destination soignante accueillant les chariots infirmiers et aides-soignants, soit une destination hôtelière (linge avec respect du circuit propre/sale / chariot de ménage / denrées pour collation et matériel pour les repas), ces 2 types de locaux (soins : hôtellerie ménage) devant l'un comme l'autre être fermés à clés</p> | <p>Prescription 17 Levée</p> <p><i>(Réorganisation des salles de soins du bât BC avec fermeture à clés, chariots de soins et des médicaments rangés dans une pièce à part fermée à clé, circuit linge sale / propre réorganisé)</i></p> | Levée |
| <p>RM18- La procédure de suivi des stupéfiants est à élaborer par l'IDEC.</p> | 47 | <p>Pres 18 : Elaborer la procédure de gestion pour suivi des entrées/ sorties et contrôles des péremptions des stupéfiants (Article R5132-80 du CSP Circuit du médicament en EHPAD / Guide régional ARS ARA juin 2023)</p> | <p>Prescription 18 Levée</p> | Levée |
| <p>RM19- Absence de thermomètre à l'intérieur des réfrigérateurs des salles de soins et de feuille de traçabilité du suivi quotidien des températures (rappel fait en mars 2023 sur ce sujet par l'IDEC).</p> | 47 | <p>Pres 19 : Mettre en place le suivi quotidien des températures des réfrigérateurs (ou mise en place de réfrigérateurs dotés d'alarmes) contenant des médicaments et dispositifs médicaux thermosensibles. (Circuit du médicament en EHPAD Guide régional ARS ARA juin 2023)</p> | <p>Prescription 19 Levée</p> <p><i>(Acquisition de réfrigérateurs médicaux (surveillance automatique de la température avec alarme en cas d'anomalie)</i></p> | Levée |

| | | | | |
|---|----|--|---|--------------|
| RM20- L'une des 2 pharmacies qui approvisionnent l'Ehpad (bâtiments B/C) ne souhaite pas renouveler son partenariat avec l'EHPAD ELIZA à compter de 2024. | 48 | Pres 20 : Anticiper la rupture de la convention avec une des 2 officines partenaires et établir une nouvelle organisation et convention (art. R. 5126-107 et L5126-10 du CSP) qui fixe notamment les modalités d'approvisionnement de l'EHPAD, de dispensation et de détention pour les médicaments, produits ou objets mentionnés à l'article L. 4211-1 et les dispositifs médicaux concernés. | Prescription 20 Levée | Levée |
| RM21- Les actions correctrices en prévention des infections dont celles associées aux soins, et en réponse aux risques infectieux identifiés lors des autoévaluations annuelles ne sont pas mises en œuvre ou leur mise en œuvre n'est pas suivie. | 54 | Pres 21 : Mettre en œuvre et suivre les actions correctrices et de prévention dans le cadre de la maîtrise des risques infectieux en EHPAD dont ceux associés aux soins. | Prescription 21 Levée <i>(Acquisition du logiciel AGEVAL pour suivi des actions correctrices)</i> | Levée |

Tableau récapitulatif des Remarques

| Remarque | Page | Recommandation | Décision suite analyse des éléments contradictoires transmis par la direction de l'EHPAD | Délai |
|--|------|---|--|---|
| R1- Le livret d'accueil mentionne l'existence au sein de l'EHPAD d'un cabinet dentaire permettant de bénéficier de soins sans déplacement à l'extérieur, ce qui n'est pas le cas, le cabinet dentaire étant inutilisé depuis plusieurs années. | 17 | Rec 1 : Oter du livret d'accueil la mention de l'existence d'un cabinet dentaire au sein de l'EHPAD et la possibilité de réalisation de soins dentaires. | Recommandation 1 Levée <i>(Retrait du livret d'accueil réalisé)</i> | Levée |
| R2- Dans le contrat de séjour, le Conseil Départemental mentionné en page 12 se nomme depuis 2019 la CeA (Collectivité européenne d'Alsace fusion des CD du Bas-Rhin et du Haut-Rhin). | 18 | Rec 2: Il convient de remplacer les termes « Conseil Départemental » par « Collectivité européenne d'Alsace » (Loi n° 2019-816 du 2 août 2019 relative aux compétences de la Collectivité européenne d'Alsace) | Recommandation 2 Levée | Levée |
| R3- Il existe 2 exemplaires identiques de la procédure « Relevés de températures Eau chaude sanitaire », mentionnant 2 dates de création différentes (06/06/2021 et 06/06/2022). Le valideur et le rédacteur sont la même personne (agent technique prestataire), ce qui est contraire à l'élaboration d'un document qualité. | 26 | Rec 3 : Compléter, corriger, faire signer et valider le contenu de la procédure intitulée « Relevés de températures Eau chaude sanitaire », procédure visant à mettre en œuvre la réglementation relative à la prévention du risque lié aux légionnelles dans les établissements sociaux et médico-sociaux d'hébergement pour personnes âgées (La moitié des relevés réalisés en distribution (6 sur 13) sont effectués sur des points d'usage qui ne sont pas à risque tels que les robinets de lavabo) | Recommandation 3 Maintenu <i>Redéfinir dans l'annexe 3 de la procédure des points de relève de la température pertinents pour le suivi mensuel afin de prévenir le risque de brûlure (température max de 50 ° dans les pièces destinées à la toilette), mais aussi > ou = à 50 °C en prévention du risque légionelle « en tout point du système de distribution, à l'exception des tubes finaux d'alimentation des points de puisage, et en permanence > ou = à 55 °C en sortie des équipements de stockage de volume supérieur ou égal à 400 litres »</i> | 30/04/2024 <i>(Nouvelle procédure « Relevés de températures Eau chaude sanitaire » validée datée et signée par le CA)</i> |

PRO-INSP-02-INS-15_V3-11PR

| | | | | |
|--|----|---|---|--|
| R4- Une pièce sans signalétique proche de la pharmacie du Moulin Vert comporte entassées des dizaines d'aides techniques à la marche (déambulateurs, fauteuils roulants manuels et électriques, béquilles etc..) et des chaises percées stockées suite aux décès des résidents et non réutilisées. Ce local encombré pourrait avoir une autre destination (local Plan bleu par exemple) et l'appareillage présent rendu aux fournisseurs de matériel médical ou donné à une association ou recyclé. | 30 | Rec 4 : Désencombrer le local où sont entassées des dizaines d'aides techniques à la marche de tout modèle et trier cet appareillage pour éventuelle réutilisation (don à des associations) et/ou recyclage par les fournisseurs de matériel médical. Privilégier les locations de matériel médical permettant la reprise de l'appareillage quand celui-ci n'est plus utilisé par le résident. | Recommandation 4 Levée <i>(Rangement de la pièce avec réparation et recyclage des aides à la marche et partenariat associatif mis en œuvre)</i> | Levée |
| R5- Il existe une animation au sein de l'établissement excepté pour les plus dépendants. | 50 | Rec 5 : Elaborer un projet spécifique d'animations pour les résidents les plus dépendants | Recommandation 5 Levée | Levée |
| R6- La politique qualité et la démarche d'amélioration continue sont en construction au sein de l'EHPAD. | 52 | Rec 6 : Les outils qualité et la démarche qualité sont à finaliser et à dynamiser auprès du personnel (expliciter l'intérêt de la démarche pour acculturer ce dernier) | Recommandation 6 Levée <i>(Logiciel AGEVAL acquis avec formation du personnel en mai 2024, Coviris et Copil Qualité mensuel en place pour le suivi)</i> | Levée <i>(Mise en œuvre de la démarche qualité impulsée à poursuivre)</i> |
| R7- Le suivi du Plan d'Actions Qualité transmis n'est pas à jour. | 52 | Rec 7 : Organiser un suivi régulier du PAQ | Recommandation 7 Levée | Levée <i>(Mise à jour du PAQ au 30/04/2025)</i> |
| R8- Il n'y a pas de formation à la gestion de crise ; A noter que le référent maintenance, présent au sein de la cellule de crise est le prestataire externe qui ne fait pas partie des effectifs du personnel de l'EHPAD, où il travaille ponctuellement en remplacement d'un des deux agents techniques titulaires qui a démissionné en 2021. | 53 | Rec 8 : Prévoir une formation ou un exercice en interne de gestion de crise avec RETEX ; Désigner un référent maintenance au sein de la cellule gestion de crise qui soit employé à temps plein par l'EHPAD | Recommandation 8 Maintendue <i>(Formation prévue le 4/11/2024 annulée)</i> | 30/04/2025 <i>(Documents afférents à la réalisation d'une formation à la gestion de crise)</i> |