

Direction Générale

Service émetteur :

Direction Inspection Contrôle Evaluation

Affaire suivie par :

Courriel :

Tél :

Nos réf : 2023 D/6790/ID

Monsieur le Directeur

EHPAD Henri Jungck

18, rue du Général de Gaulle

68690 MOOSCH

Lettre Recommandée avec AR n° 2C 160 697 8752 3

Objet : Décision administrative, suite à inspection

P. J. : 1 tableau des prescriptions et recommandations

L'EHPAD Henri Jungck à Moosch a fait l'objet, le 3 novembre 2022 d'une inspection inopinée, suite à un signalement portant sur la prise en charge d'un résident, considérée comme inadaptée, d'un point de vue du traitement d'escarre et de la gestion de la fin de vie.

Je vous ai transmis, le 6 mars 2023, le rapport d'inspection qui m'a été remis, ainsi que les décisions que j'envisageais de prendre. De façon concomitante, l'EHPAD Henri Jungck n'était plus autorisé à accueillir de nouveaux résidents.

J'ai réceptionné, le 3 avril 2023 vos observations.

A la lecture de celles-ci, je relève un certain nombre d'engagements :

- Concernant les soins palliatifs et la gestion des fins de vie, le comité éthique de la fondation s'est emparé du sujet lors de sa réunion du mois de mars 2023 ; une formation est prévue fin 2023 ; la révision de convention avec l'équipe mobile de soins palliatif de Pfastatt est en cours ; vous avez décidé de revoir la documentation interne ayant trait à la problématique ;
- Concernant l'usage de protocoles et les pratiques hétérogènes au sein de l'établissement, une homogénéisation des protocoles, et notamment ceux relevant de la prise en charge de la douleur, ainsi que des soins ayant trait aux pansements complexes est en cours de redéfinition ; les prescriptions de prévention des escarres se met en place ; vous vous emparez du tracé du suivi nutritionnel des résidents ;
- Concernant la politique qualité, un changement de logiciel est en cours ; vous envisagez de structurer les moyens d'identification et d'analyse des événements indésirables graves ; vous envisagez d'engager une évaluation interne sur le modèle HAS 2022 et vous avez mis en place un PAQ.

Au regard des engagements que vous prenez, l'EHPAD Henri Jungck est autorisé à accueillir de nouveaux résidents à compter de la réception de ce courrier.

Néanmoins, les engagements que vous prenez feront l'objet d'une mission de suivi dans le courant de l'année 2023, afin de contrôler leur mise en œuvre effective.

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 après réception du présent courrier, les éléments justificatifs des mesures mises en œuvre et demandées aux adresses suivantes :

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

Agence Régionale de Santé Grand Est
Délégation Territoriale du Haut-Rhin
Service autonomie
44 rue de la Fecht - 68 000 Colmar

Collectivité européenne d'Alsace
place du quartier blanc - 67964 Strasbourg cedex

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

Le Président
de la Collectivité européenne d'Alsace

Signé électroniquement par : Virginie
CAYRE
Date de signature : 25/05/2023
Qualité : Directrice Générale

Virginie CAYRÉ

Pour le Président et par délégation
Le Directeur de l'Autonomie

Christian FISCHER

Copie :

Collectivité Européenne d'Alsace
ARS Grand Est : Délégation territoriale du Haut-Rhin
Direction de l'Autonomie

Annexe 1

TABLEAU RECAPITULATIF DES ECARTS ET DES REMARQUES MAJEURES

ECARTS ET REMARQUES MAJEURES	PRESCRIPTIONS	Réponse de l'établissement	DELAI
Ecart 1 : Deux agents de l'EHPAD, occupant pour l'un des fonctions d'accompagnant éducatif et social (AES) et pour l'autre des fonctions d'aide-soignant, ne disposent pas du diplôme réglementaire requis par la législation pour ces deux fonctions. Cela contrevient aux dispositions de l'article L312-1 du Code de l'action sociale et des familles qui disposent que « <i>Les prestations délivrées par les établissements et services mentionnés aux 1° à 15° et au 17° du I sont réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées</i> ».	Prescription 1 : Régulariser la situation des deux agents ne disposant pas du diplôme réglementaire requis pour occuper les fonctions d'accompagnant éducatif et social et les fonctions d'aide-soignant. L'établissement devra justifier de l'intégration de ces deux personnels dans les cursus correspondant à ces deux fonctions.	Les 2 personnes citées sont identifiées au sein de l'établissement comme Auxiliaires de Vie Sociale. Dans le cadre de leurs missions, elles peuvent être amenées à réaliser des activités de vie quotidienne sous la responsabilité d'aide-soignante (avec en mémoire, une aide-soignante présente ce jour par étage). Afin de pouvoir répondre à votre remarque, l'établissement souhaite disposer d'informations complémentaires permettant d'identifier les situations décrites.	1 mois
L'écart est supprimé.			

<u>Ecart 2 :</u> En l'absence de toute information de la part du médecin coordonnateur, le directeur consulte les transmissions relatives au soin, ce qui constitue un écart à l'article L1110-4 du code de santé publique qui précise en son 2ème paragraphe, qu'un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.	<u>Prescription 2 :</u> Mettre en place une organisation permettant de respecter les termes de l'article L1110-4 du Code de la santé publique en matière de secret professionnel.	Ces pratiques relevaient de l'ancien directeur. Les droits de la direction ont été revus avec les pôles SI et QHSE pour respecter l'accès aux données médicales aux seules équipes soignantes. Les échanges sur les besoins sont évoqués au niveau de la direction (directeur et MEDEC) dans la limite des données nécessaires au bon pilotage de l'établissement.	1 mois
<u>Ecart 3 :</u> Le règlement de fonctionnement de l'EHPAD n'a pas été mis à jour depuis plus de 5 ans, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R311-33 du Code de l'action sociale et des familles.	<u>Prescription 3 :</u> Réviser le règlement de fonctionnement de l'EHPAD conformément à la réglementation.	Une actualisation est en cours. Le document a été revu par la direction la semaine du 27 au 31 mars 2023. Cette version sera présentée lors du prochain CVS le jeudi 06 avril 2023	3 mois
La mission prend acte des engagements. Ce point fera l'objet d'un contrôle lors de la mission de suivi. La prescription est maintenue.			
La prescription est maintenue. Vous adresserez le nouveau règlement de fonctionnement, ainsi que le compte rendu de sa présentation			

Ecart 4 : Les prescriptions ne sont pas rédigées conformément à l'article R4311-7 du Code de la santé publique.	Prescription 4 : Rédiger les prescriptions conformément à la réglementation.	Un travail important a été réalisé par le médecin coordonnateur pour se conformer aux attendus. Concernant les prescriptions émanant des médecins traitant, un point de vigilance est suivi par la direction et un attendu fort relève de l'appel à projet ESSMS numérique auquel la Fondation participe et qui doit permettre une facilitation du respect des pratiques réglementaires.	immédiat
La prescription est maintenue dans l'attente du contrôle de la mise en œuvre effective par la mission de suivi prévue en 2023.			

Écart 5 : L'étude du fonctionnement médical de l'établissement fait apparaître d'importants dysfonctionnements et n'est pas conforme à l'article D312-158 du Code de l'action sociale et des familles. La qualité et la sécurité des prises en charge n'apparaissent pas assurées, notamment au regard de l'absence de réévaluation des protocoles de soins, l'absence de traçabilité de certains actes médicaux, la non-conformité des prescriptions médicales au regard de la réglementation, le manque d'évaluation gériatrique, le manque de traçabilité du suivi nutritionnel.	Prescription 5 : Etablir un plan d'actions pour répondre aux constats faits supra avec calendrier et modalités de suivi dans le cadre d'une conduite de projet associant la direction générale, dans l'objectif d'améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge et ce, conformément à la réglementation.	Les protocoles concernant la fin de vie, la douleur et les soins palliatifs ont été révisés. Un rappel sur la vigilance de la traçabilité des soins a été formulé pour l'ensemble des professionnels lors de la restitution d'une réunion plénière le 22 mars 2023. L'IDEC accompagne les professionnels pour recueillir les éléments de preuve, notamment auprès des intermédiaires de l'établissement. Des formations sur la fin de vie ont été intégrées au plan de formation les 16 et 17 novembre 2023. Le calendrier étant déjà bien rempli, les dates ont été mises pour la fin d'année. La convention avec l'équipe mobile de Pfastatt sera revue, comme précédemment évoqué, et une intervention de sensibilisation sera intégrée dans la convention.
		1 mois
La prescription est maintenue dans l'attente du contrôle de la mise en œuvre effective par la mission de suivi prévue en 2023.		

Ecart 6 : L'organisation des soins palliatifs et de fin de vie n'est pas mise en œuvre dans l'établissement conformément à l'article L.1111-4 du Code de la santé publique.	Prescription 6 : Mettre en œuvre l'organisation des soins palliatifs et des fins de vie dans l'établissement, conformément à l'article L.1111-4 du Code de la santé publique. Cette organisation devra être assortie d'un programme de formation et de mise à jour des connaissances, aussi bien techniques que législatives.	Pour reprendre les points cités précédemment : Une formation sur la gestion et l'accompagnement de la fin de vie est prévue les 16 et 17 novembre 2023, Le comité éthique de la Fondation s'est emparé du sujet lors de sa réunion du mois de mars 2023. Il incité ses membres à répondre à l'enquête de notre fédération sur le sujet, La convention avec l'équipe mobile de Prastatt est en cours de révision par le directeur d'établissement, D'autres conventions sont en cours de révision.	Immédiat
La prescription est maintenue dans l'attente du contrôle de la mise en œuvre effective par la mission de suivi prévue en 2023.			

<u>Remarque majeure 1</u> : La fragilité du circuit du médicament est connue de l'établissement. Jusqu'à l'audit mis en œuvre récemment, aucune démarche d'évaluation objective n'a été initiée.	<u>Prescription 7</u> : Finaliser l'audit en cours. Il devra mentionner clairement les points de fragilité existant, les mesures envisagées pour maîtriser le risque, l'évaluation du risque résiduel et le suivi de la mise en œuvre opérationnelle des différentes actions prévues.	Afin de sécuriser le circuit du médicament, plusieurs actions ont déjà été mises en place : – Réagencement du stock des médicaments au sein de l'office de soin, – Rencontre avec les prestataires de pharmacie pour la réflexion d'une mise en place de PDA, – Sensibilisation et rappel régulier de l'IDEC sur la gestion des médicaments. En outre, une évaluation interne préparatoire aux nouveaux attendus de l'HAS a été réalisée le 02 février 2023 par le pôle OHSE, à la demande du nouveau Directeur, en y intégrant le circuit du médicament. Les non-conformités ont été intégrées au plan d'amélioration de la qualité en adéquation avec l'écart n°10.	Immédiat
La prescription est maintenue dans l'attente du contrôle de la mise en œuvre effective par la mission de suivi prévue en 2023.			

Remarque majeure 2 : La prise en charge des pansements complexes est hétérogène et soignant dépendant. Il n'existe pas de protocole. Il n'existe pas de décision pluridisciplinaire quant aux dispositifs médicaux à utiliser selon le type de plaie. Les outils numériques permettant le suivi de l'évolution des plaies ne sont pas utilisés.	Prescription 8 : Rédiger un protocole sur la gestion des plaies et des pansements complexes de manière pluridisciplinaire garantissant aux résidents l'usage de dispositifs médicaux adaptés et conformes aux données de la science. L'appui méthodologique du Groupe ainsi qu'un appui technique d'une structure experte pourraient être des leviers pertinents à activer.	Un prestataire a mis à disposition le type de pansement à mettre en place selon le niveau de plaies. Le médecin coordonnateur s'emploie à définir les protocoles de soins, mais selon l'évolution de la plaie, le réajustement peut être une problématique. Pour y pallier, une demande a été effectuée auprès des autres établissements de la Fondation, notamment sur la mise à disposition des personnes compétentes (DU plaies & Cicatrisations) pour un travail transverse.	Immédiat
La prescription est maintenue dans l'attente du contrôle de la mise en œuvre effective par la mission de suivi prévue en 2023.			
Ecart 7 : La prise en charge de la douleur ne fait pas l'objet d'un protocole. La nature des antalgiques et la gradation de la posologie, en fonction de la situation des résidents et de leur évolution douloureuse, n'est pas clairement justifiée et formalisée. Ceci est contraire à l'article L.1110-5-3 du Code de la santé publique qui dispose que toute personne a le droit de recevoir des traitements et des soins visant à soulager sa souffrance. Celle-ci doit être, en toutes circonstances, prévenue, prise en compte, évaluée et traitée.	Prescription 9 : Rédiger un protocole sur la gestion de la douleur, de manière pluridisciplinaire, garantissant aux résidents une prise en charge adaptée de la douleur, conforme aux données de la science et aux recommandations des sociétés savantes, et répondant aux prescriptions de l'article L.1110-5-3 du Code de la santé publique. L'appui méthodologique du Groupe ainsi qu'un appui technique d'une structure experte comme l'équipe mobile de soins palliatifs pourraient être des leviers pertinents à activer.	Le protocole relatif à la douleur existe. Il existe d'autres protocoles sur d'autres établissements. Un travail d'homogénéisation des pratiques a été évoqué lors du dernier COMEX (29/03/2023) pour que la douleur soit un axe fort de l'accompagnement des personnes accueillies. Une formation avec l'équipe de Pfastatt est également envisagée dans le cadre de la refonte de la convention.	Immédiat
La prescription est maintenue dans l'attente du contrôle de la mise en œuvre effective par la mission de suivi prévue en 2023.			

<u>Remarque majeure 3</u> : Contrairement à ce qu'il affiche, notamment dans le document QUA-FT-001-v1 du 02/02/2022, le Groupe, et l'établissement n'organisent pas de collecte efficiente des dysfonctionnements et des événements indésirables. Il n'est pas en mesure de procéder à une analyse de ceux-ci. Cela ne favorise pas la réalisation d'actions d'amélioration préventives et / ou correctives comme le document précité le spécifie.	<u>Prescription 10</u> : Organiser le circuit de signalement des événements indésirables. Cette organisation devra permettre de promouvoir le signalement comme une action d'amélioration continue de la qualité. Cette organisation devra aussi prévoir une étape d'analyse des événements indésirables qui devra permettre de prévenir leur survenue et de mettre en œuvre des plans d'action permettant d'y palier.	Le changement du logiciel qualité a aussi pour objectif de favoriser les déclarations des événements indésirables. Au sein de la résidence Henri Jungck, une première formation a eu lieu par le directeur QHSE. Le relais a été pris par l'IDEC. Avec la mise à disposition d'une nouvelle correspondante, les formations vont être remises en place. A ce jour, 8 événements indésirables ont été déclarés via la nouvelle plateforme.	1 mois
<u>Ecart 8</u> : L'établissement ne met pas en œuvre les moyens d'identification d'analyse et les mesures préventives destinées à éviter la récurrence d'une événement indésirable grave associé aux soins.	<u>Prescription 11</u> : mettre en place une organisation permettant l'analyse des événements indésirables. Cette organisation devra associer le plus largement possible l'ensemble des professions exercées au sein de l'établissement. Elle devra aussi permettre de formuler des mesures et des actions destinées à prévenir la récurrence des événements indésirables.	La mise en place du nouveau logiciel est accompagnée d'une refonte globale du système de déclaration des événements indésirables avec des méthodes différentes selon la gravité identifiée : – Complément d'information, – 5M, – Méthode ALARM pour EIG. La formation des professionnels sur les méthodes est prévue en deux temps. Dans un premier temps, au niveau de l'encadrement puis une fois que cela sera bien assimilé auprès des professionnels.	1 mois
La prescription est maintenue dans l'attente du contrôle de la mise en œuvre effective par la mission de suivi prévue en 2023.			

Ecart 9 : L'établissement ne déclare pas aux tutelles les EIG conformément à l'article L.1413-14 du Code de santé publique, et les dysfonctionnements graves dans la gestion ou l'organisation de l'établissement, conformément à l'article L.331-8-1 Code de l'action sociale et des familles.	Prescription 12: Déclarer les EIG et les dysfonctionnements graves conformément à la réglementation.	La déclaration des EIG a été intégrée dans la refonte des documents sur cette thématique. Pour les EIG, la déclaration se fait par la direction. La sollicitation du Directeur QHSE est recommandée pour la rédaction du rapport et pour l'accompagnement à l'analyse. La pratique ainsi modifiée fait l'objet d'une formalisation documentaire.	Immédiat
Ecart 10 : L'établissement ne procède pas, dans l'objectif d'une amélioration continue de la qualité, à l'évaluation de la qualité des prestations qu'il délivre, ce qui est contraire à l'article L.312-8 du Code de l'action sociale et des familles.	Prescription 13 : Procéder à l'évaluation des prestations que l'établissement délivre, conformément à la réglementation.	Lors de la visite, aucune évaluation interne n'avait pu être justifiée. Une évaluation basée sur le nouveau modèle HAS 2022 a été effectuée par le pôle OH en janvier 2023 à la demande de la nouvelle Direction. La mise en place d'un PAQ (programme d'action qualité) similaire aux attendus du sanitaire est effective. Y sont intégrés les non-conformités issues de l'audit interne prévisionnel sur l'évaluation externe, et ceux issus du rapport de l'ARS. Une formation de la nouvelle référente qualité est prévue pour suivre et alimenter le PAQ et pour y intégrer les actions issues des FEI, des rapports de maintenance externe, des audits, des évaluations pratiques....	1 mois
La prescription est maintenue dans l'attente du contrôle de la mise en œuvre effective par la mission de suivi prévue en 2023.	La prescription est maintenue dans l'attente du contrôle de la mise en œuvre effective par la mission de suivi prévue en 2023. La mission sera particulièrement attentive à l'aspect stratégique de la politique qualité de l'établissement et à sa déclinaison opérationnelle et son évaluation.		

TABEAU RECAPITULATIF DES REMARQUES

REMARQUES	RECOMMANDATIONS	Réponse de l'établissement	DELAI
<u>Remarque 1</u> : Le suivi de la mise en œuvre/du déploiement par les établissements des outils développés par le siège n'est pas réalisé. Ainsi, l'EHPAD Henri Jungck de Moosch n'a pas utilisé/mis en œuvre les protocoles de soins développés par le siège qui semble les découvrir à l'aune de cet événement/mission.	<u>Recommandation 1</u> : Définir une procédure de suivi et évaluer la mise en œuvre des outils siège par les établissements.	- Les protocoles siège sont mis à jour progressivement, via un nouveau logiciel de gestion documentaire électronique (Blue Kango). Ce logiciel a été co-construit avec les établissements de la Fondation pour favoriser les recherches et l'intuitivité de navigation. Il remplace notre ancien outil mis en place en 2016 qui s'est révélé être difficile d'accès et d'utilisation. - Dès lors que les protocoles sont transversaux, ils relèvent d'une obligation d'application au sein des établissements de la Fondation - Des groupes de travail inter-établissements de la Fondation vont démarrer le 13/04/2023. Cette notion de mutualisation a fait l'objet d'échanges lors du COMEX du 29/03/2023	1 mois
La recommandation est maintenue. La mission de suivi contrôlera les modalités de déclinaison des protocoles de la fondation au sein de l'EHPAD, ainsi que le développement de protocole propre à l'établissement, c'est-à-dire la façon dont le besoin du terrain est exprimé, et comment ce besoin aboutit à l'élaboration de protocole, leur mise en œuvre et leur validation.			

Remarque 2 : La convention établie avec le CH Rouffach ne prévoit pas les modalités d'évaluation de ce partenariat. Il n'y a pas de rapport d'activité ou de suivi global des interventions du psychiatre et de l'IDE de psychiatrie au sein de l'EH PAD de Moosch.	Recommandation 2 : Réviser la convention de coopération avec le CH de Rouffach afin de prévoir une évaluation de son intervention au sein de l'EH PAD. Cette évaluation devra être formalisée au sein d'un rapport relatif aux diverses interventions du CH de Rouffach.	La convention actuelle date du 1 janvier 2010. Dans le cadre de sa prise de fonction, le nouveau directeur (arrivé le 1^{er} décembre) va reprendre contact avec le CH de Rouffach pour réactualiser ce partenariat. Cette situation va être l'opportunité pour l'établissement de revoir l'ensemble des conventions : Hôpital de jour de l'hôpital de Cernay, Hôpital Saint Vincent à Oderen (SSR), Equipe mobile de soins palliatifs de Pfafftat Un courrier à tous les établissements précités part dans la semaine du 03/04 au 06/04/2023.	3 mois
La recommandation est maintenue dans l'attente de la mise en œuvre.			

Remarque 3 : L'agent en apprentissage aide - soignant conformément à l'article 16 de l'arrêté du 10/06/2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux est en cours de formation et ne peut occuper un poste d'aide-soignant sénior.	Recommandation 3 : L'organisation du travail de l'agent en cours d'apprentissage en vue d'accéder aux fonctions d'aide-soignant doit se faire conformément à son statut d'apprenti	La personne identifiée lors de la visite est en cours de formation dans le cadre d'une montée en compétence. En complément, le fonctionnement de l'établissement est établi pour chaque étage avec la présence d'une aide-soignante titulaire. Le jour de de votre visite, cette personne était encadrée par 1 aide-soignante diplômée et il y en avait en tout et pour tout 3 aides-soignantes diplômées ce jour.	Immédiat
La mission prend acte. La recommandation est levée.			

Remarque 4 : La relation entre le directeur et le médecin coordonnateur est totalement rompue induisant des dysfonctionnements majeurs dans la gouvernance et le pilotage de l'établissement, au niveau de la direction mais également au niveau du fonctionnement des équipes. Ce dysfonctionnement était connu de la direction générale qui ne semble pas avoir pris de mesures particulières pour gérer cette situation.	Recommandation 4 : Construire et entretenir le lien entre le directeur et le médecin coordonnateur par la mise en place d'une organisation permettant les échanges, dans l'objectif de renforcer et sécuriser le pilotage, la gouvernance de l'établissement et la prise en charge des résidents. Au besoin, une médiation devra être mise en place.	Face à la situation de relations que vous évoquez, la direction générale a oeuvré pour le maintien d'un équilibre prenant en compte la situation démographique spécifique de la vallée de Moosch. Cette situation était déjà en cours d'analyse lors de votre venue, et depuis le 1 décembre 2022, un nouveau directeur a pris ses fonctions au sein de la structure. Les relations avec le médecin coordonnateur sont sereines et professionnelles ; elles incitent la direction générale à la confiance quant à l'amélioration du pilotage de l'établissement.	1 mois
La mission prend acte, la recommandation est levée.			

Remarque 5 : Le suivi nutritionnel n'est pas tracé dans les dossiers des résidents et les compléments alimentaires ne font pas l'objet d'une prescription.	Recommandation 5 : Tracer le suivi nutritionnel des résidents dans les dossiers patients et rédiger une prescription lorsque des compléments alimentaires sont donnés à des résidents.	Concernant le suivi nutritionnel, l'évaluation présente dans le logiciel n'est pas adaptée. Il manque la grille mini MNA. Pour ce point une demande d'évolution a été sollicitée au niveau de l'éditeur et du pôle SI de la Fondation. La réponse apportée par le pôle SI a été la possibilité d'intégrer des évaluations spécifiques lors de la prochaine version. La question de faire (en attendant) cette évaluation sur papier pour être intégré dans le DUL est actuellement en cours d'analyse. Le but étant de ne pas avoir des informations non maîtrisées. En parallèle, la construction d'outils inter-établissements avec un benchmark doit être réalisée pour mutualiser les pratiques.	Immédiat
Le recommandation est maintenue, vous ne répondez pas à la nécessité d'une prescription médicale pour les compléments alimentaires.			

Remarque 6 : La prévention des escarres ne fait pas l'objet d'une prescription médicale.	Recommandation 6 : Tracer le suivi médical de la prévention des escarres des résidents dans les dossiers patients y compris les prescriptions.	Pour les personnes à risque, toutes les évaluations ont été actualisées à l'aide des grilles Norton et BRADEN courant mars 2023. A l'issue des évaluations, et si nécessaire, des prescriptions de prévention sont mises en place, et la réévaluation des besoins en matelas à air. Un travail inter établissements se met en place pour recueillir les pratiques des autres établissements.	Immédiat
La recommandation est maintenue dans l'attente du contrôle de sa mise en œuvre effective.			

<u>Remarque 7</u> : Il n'existe pas d'organisation formalisée permettant la continuité des fonctions d'encadrement des équipes soignantes en l'absence de l'IDEC, ce qui a fortement impacté le fonctionnement de l'établissement pendant la période de recrutement de l'IDEC actuellement en poste et qui vient pallier l'absence de la première IDEC.	<u>Recommandation 7</u> : Définir et formaliser un fonctionnement de l'équipe de direction (membres du CODIR) en mode dégradé (absentéisme) afin de maintenir à minima les fonctions de gouvernance, en intra établissement et à l'échelle du groupe (entraide entre établissements).	La première IDEC est en arrêt de travail depuis septembre 2021. Dans un contexte d'arrêt maladie mois par mois (qui est toujours d'actualité à ce jour), l'ancien directeur n'avait pas souhaité remplacer la salariée. Sa vision était de pouvoir s'appuyer sur les infirmières en poste. Il est évident que la stratégie d'un recrutement IDEC a été décidée trop tard. Actuellement, la nouvelle IDEC a déjà commencé à retravailler l'organisation interne. Le mode dégradé en cas d'absence de la nouvelle d'IDEC est géré par le CODIR établissement.	1 mois
La recommandation est maintenue. La mission de suivi contrôlera en particulier l'organisation retenue par l'établissement en l'absence de l'IDEC et les modalités de maintien de la continuité de la fonction de coordination.			

Remarque 8 : L'absence prolongée d'un encadrement hiérarchique des IDE, l'insuffisance d'encadrement de l'organisation du travail de l'équipe soignante, en particulier IDE, pendant cette période ont eu un impact significatif sur le fonctionnement de l'équipe soignante. Il est noté des dérives de fonctionnement, notamment en termes d'absence d'évaluation des pratiques médicales et soignantes de l'équipe IDE. Cela est source de conflits avec les nouvelles IDE et entraîne un impact sur l'articulation entre les IDE et les AS mais également sur l'intégration de nouveaux personnels, fragilisant la prise en charge des résidents.	Recommandation 8 : Réinstaurer un pilotage de l'équipe soignante avec des outils de pilotage : définir un plan d'actions avec calendrier et modalités de suivi. Engager une évaluation continue des pratiques soignantes, notamment IDE. Déployer et évaluer la mise en œuvre de protocoles de soins actualisés.	Une IDEC a été recrutée en juin pour une prise de fonction en septembre 2022. Elle concentre ses efforts sur la restructuration d'équipe et de repositionnement des tâches de chacun. L'équipe IDE a été renouvelée en totalité suite à des démissions en lien avec l'inspection (mise en cause du mode de fonctionnement historique). Une IDE (ex intérimaire) a été embauchée en janvier 2023 et une seconde a été embauchée en CDD long (selon son choix) pendant 6 mois. Le recrutement de 2 autres IDE est toujours actif dans un contexte de pénurie de personnels soignants. En l'absence d'équipe stable, les évaluations et l'analyse des pratiques se font au moment des transmissions. La mise à jour des protocoles de soins va permettre de déployer leur mise en œuvre et leur suivi.	Immédiat
La recommandation est maintenue, la mission de suivi contrôlera les fiches de poste, leur mise en œuvre opérationnelle et la nouvelle structuration de l'équipe.			

Remarque 9 : Le document interne de l'établissement « REFLEXIONS sur l'accompagnement de « FIN DE VIE » du sujet âgé » entretient une confusion entre soins palliatifs et fin de vie, ce qui ne facilite pas la collégialité des décisions prises face à une situation de fin de vie.	Recommandation 9 : Rédiger un nouveau document, dont la structure et le contenu permettront l'identification claire pour le lecteur, des notions de soins palliatifs et fin de vie. Dans la mesure du possible, la réflexion pluri professionnelle autour de la rédaction de ce document devra être recherchée. L'intervention du comité d'éthique du groupe devra être précisée.	Après relecture, ce document n'a plus lieu d'être. En lieu et place, deux protocoles ont vu le jour L'un sur les soins palliatifs, L'autre sur la fin de vie.	3 mois
Remarque 10 : Le document interne de l'établissement « REFLEXIONS sur l'accompagnement de « FIN DE VIE » du sujet âgé » date de 2010, il n'a pas été révisé, bien que entre-temps la législation ait été précisée (LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie).	Recommandation 10 : Mettre à jour le document interne de l'établissement « REFLEXIONS sur l'accompagnement de « FIN DE VIE » du sujet âgé », en tenant compte de la législation en vigueur. Les données de la littérature et des sociétés savantes pourront constituer une source complémentaire à la rédaction de celui-ci. Il devra par ailleurs préciser les modalités de révision et la périodicité.	Pour faire suite au précédent point, le document a été revu. Ce point a même fait l'objet d'échanges au sein du comité éthique Groupe de mars 2023, en relation avec la convention citoyenne de consultation sur le sujet	Immédiat
Les recommandations 9 et 10 sont maintenues dans l'attente de la consultation des nouveaux documents.			

Remarque 11 : La désignation de la secrétaire d'accueil en tant que référente qualité, qui ne dispose pas de compétence dans le domaine et qui n'intervient pas dans la prise en charge des résidents, ne témoigne pas d'un véritable engagement opérationnel.	Recommandation 11: Organiser la coordination entre le directeur qualité du Groupe et les référents qualité du terrain, dont la compétence adéquate doit être vérifiée.	Pour mémoire, il n'existe pas de budget alloué pour la création d'un poste dans le domaine de la qualité. Toutefois, une réflexion au niveau de la direction générale est en cours pour mutualiser des professionnels dans un système de pôle géographique. En attente de l'analyse de la faisabilité du projet, l'établissement a décidé une réorganisation en interne sur le domaine de la qualité. La gouvernante (responsable du secteur Hébergement), de formation aide-soignante, qui était à 80% s'est vu compléter son temps de travail avec un 20% (1 journée par semaine) pour devenir correspondant qualité. Le financement de ce poste imputera les budgets soins et hébergement. Pour faire monter en compétence la Gouvernante, une formation en interne sur les principes de pilotage et gestion de la qualité qui sera assurée par le directeur QHSE.	3 mois
La recommandation est maintenue, sa mise en œuvre opérationnelle sera contrôlée.			

Remarque 12 : Les actions en lien avec les soins palliatifs et les fins de vie, mentionnées dans le projet d'établissement 2018-2022 ne sont pas mises en œuvre.	Recommandation 12 : Mettre en œuvre les axes de travail concernant les soins palliatifs et les fins de vie qui sont prévus par le projet d'établissement	Les éléments évoqués renvoient à l'axe 10 du projet d'établissement. Concernant les actions spécifiques aux soins palliatifs : - En cas de besoin immédiat, une chambre est identifiée au second étage pour accueillir les résidents des chambres « double » en fin de vie. - Un document sur les directives anticipées existe. Il est remis à chaque résident) son entrée avec le contrat de séjour.	Immédiat
La recommandation est maintenue, sa déclinaison opérationnelle sera contrôlée.			

Remarque 13 : L'absence d'une cartographie des risques au sein de l'établissement ne permet pas de déployer la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques.	Recommandation 13 : Construire une cartographie des risques, conformément aux bonnes pratiques de gestion des risques.	Une première étape de la mise en place de la cartographie des risques réside dans la refonte de la cartographie des processus. Pour la cartographie des risques en elle-même, un travail va être amorcé avec la direction, la correspondante qualité et le directeur QHSE. Il sera réalisé processus par processus en débutant par ceux du parcours du résident.	4 mois
La mission prend acte et lève la recommandation.	Remarque 14 : Le sujet des fins de vie ne fait pas l'objet d'un débat au sein du comité d'éthique ou dans une autre instance.	La mission prend acte, la recommandation est maintenue, la mission de suivi contrôlera l'effectivité de vos engagements. Recommandation 14 : Aborder le sujet des fins de vie au sein du comité d'éthique du Groupe. L'EHPAD H. JUNGCK participe au comité éthique de la Fondation avec 1 salariés titulaire (IDEC) et une suppléante (AS). Le débat sur la fin de vie de vie était au programme de la réunion de mars 2023.	Immédiat