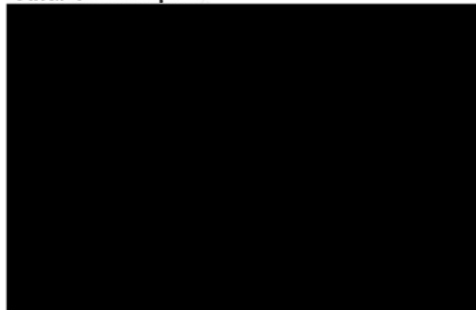


Direction Générale

Service émetteur :
Direction Inspection Contrôle Evaluation

Affaire suivie par :



La Directrice Générale de l'ARS Grand Est
Et
Le Président de la Collectivité européenne
d'Alsace

A

Monsieur Charles MEMOUNE
Président du Groupe BRIDGE
6 rue Duret
75116 PARIS

Lettre recommandée avec AR N° 2C 160 697 8451 5

Objet : EHPAD Les Fontaines : Décision administrative, suite à inspection

Monsieur le Président,

Nous avons diligenté, les 3 et 23 août 2023 une inspection au sein de l'EHPAD Les Fontaines situé sur les sites de Kembs, Lutterbach, Horbourg-Wihr, structure gérée par la société Les Fontaines EHPAD.

Suite à cette inspection, l'EHPAD a fait l'objet le 4 août 2023 de décisions d'injonctions au regard des situations relevées sur les sites de Kembs et de Lutterbach, ainsi que d'une suspension de toute nouvelle admission de résidents pour ces deux sites.

L'EHPAD Les Fontaines a également fait l'objet d'une mise sous administration provisoire par arrêté du 24 août 2023.

Nous vous avons transmis le 15 septembre 2023 le rapport d'inspection et les décisions que nous envisagions de prendre. Par courriel en date du 20 octobre 2023, vous nous avez indiqué avoir reçu l'ensemble des documents le 20 septembre 2023.

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

Nous avons réceptionné une réponse aux mesures envisagées en date du 20 octobre 2023 signée des trois directeurs des établissements de Kembs, Lutterbach, Horbourg-Wihr. Le rapport d'inspection ayant été transmis au siège du Groupe Bridge, vous voudrez bien nous justifier de la capacité juridique des directeurs à engager ledit Groupe Bridge via cette réponse.

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

Concernant la suspension des admissions, nous vous informons par la présente que nous avons décidé de maintenir cette décision, pour les sites de Kembs et de Lutterbach, les éléments transmis ne permettant pas de garantir la qualité et la sécurité des prises en charge.

En effet, les effectifs cibles tels que fixés dans vos tableaux de suivi, et transmis à nos équipes, ne sont pas atteints.

Par ailleurs, les éléments que vous apportez, dans le cadre de cette procédure contradictoire, ne permettent pas de garantir que les recrutements effectués répondent à un impératif de qualité et de sécurité des prises en charge.

De plus, les réponses apportées sont inexactes ou insatisfaisantes.
Par exemple :

- Pour le site de Lutterbach : l'instabilité s'agissant de la coordination des soins persiste puisque l'IDEC embauchée le 2 août 2023 a démissionné le 2 octobre 2023. Cette information n'a pas été portée à la connaissance de la mission dans le cadre de ce contradictoire.
Vous indiquez en outre que la traçabilité des soins est possible et contrôlée par l'IDER par le fait que tous les aides-soignants, en CDI et en CDD, disposent de leurs codes d'accès. Cependant, vous n'apportez aucun élément de preuve démontrant que la mise en œuvre de la traçabilité est effective. En ce sens, l'effectivité de la dispensation des différents soins n'est pas garantie.
- Pour le site de Kembs : vous n'apportez ni la preuve d'un recours à des intérimaires qui seraient intervenants réguliers sur les structures ni la preuve que ces intérimaires sont diplômés, ou à tout le moins la preuve de la fiabilité des transmissions et supervision assurées par les personnels en place.
Le tableau de synthèse des ETP n'est pas nominatif et ne permet donc pas non plus de vérifier la stabilité des équipes, stabilité que vous annoncez pourtant comme acquise. Ce tableau ne précise pas non plus les prochains remplacements à anticiper. Ce défaut d'anticipation avait déjà été identifié lors de l'inspection du 23 août 2023 où la mission a été informée d'un prochain congé maternité concernant une IDE, sans qu'aucune mesure prospective n'ait pu être présentée aux inspecteurs.

Dès lors, et avant de pouvoir envisager la reprise progressive des admissions, nous attendons des éléments précis permettant d'attester que les soins et les traitements médicamenteux sont bien dispensés par du personnel qualifié.

En ce sens, il est attendu que vous mettiez à disposition de nos médecins, sous pli confidentiel, les dossiers médicaux et les dossiers de soins, issus de votre système d'information, permettant d'attester du suivi médical et de la traçabilité des soins et informations relatives à la prise en charge des résidents, pour les sites de Kembs (2 dossiers de l'unité du rez-de-chaussée, 4 pour le 1er étage, 4 pour le 2ème étage) et de Lutterbach (2 dossiers de l'unité du rez-de-chaussée, 4 pour le 1er étage, 4 pour le 2ème étage).
Pour chacun des sites, vous veillerez à transmettre pour une partie des dossiers de résidents admis en 2023 et pour l'autre partie des dossiers de résidents admis avant 2023.

S'agissant des changements annoncés de logiciel de soins, il devra nous être précisé :

- Les modalités d'organisation, de fonctionnement et de calendrier avec, notamment, les conditions de la migration de l'ancien vers le nouveau logiciel et la formation des collaborateurs au nouveau logiciel.

S'agissant du circuit du médicament, devront notamment être précisées :

- Les modalités d'organisation, de fonctionnement et de calendrier afin de nous garantir la sécurisation de ces modifications et le respect du circuit du médicament.

Par ailleurs, pour ces mêmes sites, vous transmettez également un listing nominatif complet des ressources soignantes, y compris intérimaires, en poste à la date de ce présent courrier, indiquant la quotité de travail, ainsi que les diplômes pour chacun de ces personnels, ce qui permettra d'attester de la qualification de vos équipes. Le planning prévisionnel des 2 prochains mois est également attendu.

Vous adresserez, dans les délais mentionnés après réception du présent courrier, sous pli confidentiel, les éléments justificatifs des mesures mises en œuvre et demandées à l'adresse suivante :

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

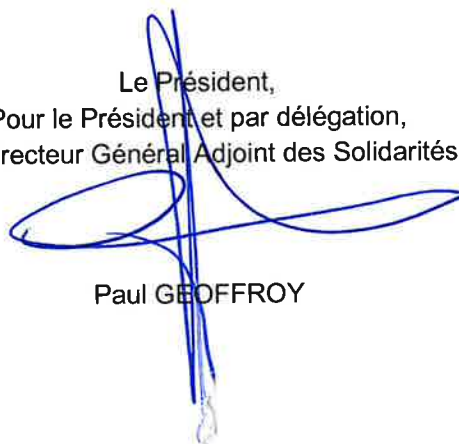
La présente décision peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le Tribunal Administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification. La juridiction peut notamment être saisie via une requête remise ou envoyée au greffe du Tribunal Administratif ou aussi par l'application Télérecours citoyens accessible à partir du site www.telerecours.fr.

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

Virginie CAYRÉ

Signé électroniquement par : André
BERNAY
Date de signature : 13/12/2023
Qualité : Directeur Général Adjoint
Pilotage et Territoire - André BERNAY

Le Président,
Pour le Président et par délégation,
Le Directeur Général Adjoint des Solidarités



Paul GEOFFROY

Copie : EHPAD Les Fontaines : Direction des sites
ARS DT du Haut Rhin
DA
CeA

Annexe 1

Pour rappel : tableau récapitulatif des écarts majeurs et des injonctions maintenues

Numérotation	Ecarts majeurs	Injonctions confirmées	Références réglementaires	Délai	Observations de l'établissement en date du 20/10/2023
EM 1	Sur le site de Kembs, la continuité thérapeutique et la continuité des soins ne sont pas assurées. L'accumulation de ces manquements et l'absence d'organisation mise en place pour y pallier constituent un risque majeur, grave et immédiat pour les personnes accueillies, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF	Procéder aux recrutements de personnels qualifiés permettant une organisation pérenne et assurant la sécurité de la prise en soin	Article L311-3 du CASF	Délai maintenu	Cf : nos observations dans notre courrier d'accompagnement (I.A) Les trois établissements des Fontaines ont signé le 20 octobre une convention avec un nouveau partenaire « HUBLO » qui offre une solution conçue pour une gestion optimale du réseau de remplaçants intervenant au sein des Fontaines et un pilotage précis de nos activités. Ce nouveau dispositif opérationnel à compter du mois de novembre facilitera très sensiblement la recherche de personnels soignants. Demande levée de l'injonction.
EM 2	Sur le site de Lutterbach, l'organisation en place le jour de l'inspection ne permet pas de garantir la qualité et la sécurité des prises en charge et en soins des résidents. L'accumulation de ces manquements et l'absence d'organisation mise en place pour y pallier constituent un	Procéder aux recrutements de personnels qualifiés permettant une organisation pérenne et assurant la sécurité de la prise en soin	Article L311-3 du CASF	Délai maintenu	Cf : nos observations dans notre courrier d'accompagnement (I.A) Les trois établissements des Fontaines ont signé le 20 octobre une convention avec un nouveau partenaire « HUBLO » qui offre une solution conçue pour une

	risque majeur, grave et immédiat pour les personnes accueillies, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF				gestion optimale du réseau de remplaçants intervenant au sein des Fontaines et un pilotage précis de nos activités. Ce nouveau dispositif opérationnel à compter du mois de novembre facilitera très sensiblement la recherche de personnels soignants. Demande de levée de l'injonction.
<p>La mission prend note de la convention passée avec le partenaire « HUBLO ». Vous transmettez le tableau des effectifs. La lecture de ceux-ci démontre que les effectifs cibles ne sont pas atteints.</p> <p><u>Pour le site de Lutterbach</u>, vous prévoyez un effectif cible de 20 AS pour un taux d'occupation de 95%. Le nombre de poste vacant d'AS est de 11, ce qui représente un taux de complétude des effectifs d'AS de 55% alors que le taux d'occupation est 79 %. Il en est de même pour les IDE. Par ailleurs, vous ne mentionnez pas le départ de l'IDEC, ni dans le tableau, ni dans le courrier d'accompagnement, alors même que celle-ci a démissionné le 2 octobre 2023.</p> <p><u>Pour le site de Kembs</u>, Le tableau synthétique des effectifs que vous transmettez indique que l'effectif de 4,80 ETP d'IDE n'est pas atteint, il est à 2 ETP, alors qu'il devrait être à 3,7 ETP pour le taux d'occupation que vous indiquez, soit un taux de complétude de l'effectif de 54 %. L'effectif cible de 20 ETP d'AS n'est qu'à 11, alors qu'il devrait être de 15,5 ETP pour le taux d'occupation que vous indiquez (73,81 %). Cela correspond à un taux de complétude, pour les effectifs d'AS, de 71 % rapporté à l'effectif cible que vous vous fixez. Par ailleurs, le poste d'ergothérapeute est toujours vacant.</p> <p>L'injonction porte sur le recrutement de personnes qualifiées permettant une organisation pérenne assurant la sécurité de la prise en charge. Il s'agit d'une injonction tant qualitative que quantitative. Vous ne démontrez pas que vous y répondez. Les injonctions sont maintenues.</p>					

Tableau récapitulatif des écarts et des prescriptions définitives pour l'ensemble des 3 sites et aussi spécifiquement par site

Pour l'ensemble des 3 sites :

Numérotation	Ecart	Numérotation	Prescriptions envisagées	Références réglementaires	Délai	Observations de l'établissement en date du 20/10/2023
E1	Le projet d'établissement commun aux trois sites n'a pas été soumis pour consultation aux CVS. Par ailleurs, il n'inclut pas de plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment de situation sanitaire exceptionnelle. Il n'est donc pas conforme au CASF.	P1	Procéder aux modifications nécessaires du projet d'établissement commun et procéder à la consultation des 3 CVS, conformément à la réglementation.	Article L311-8 du CASF	3 mois	<p>Le projet d'établissement a bien été présenté au CVS de Kembs le 8/02/2023.</p> <p>Le prochain CVS à Horbourg-Wihr s'est tenu le 19 octobre 2023, et à l'ordre du jour était inscrit la présentation du projet d'établissement. S'agissant enfin de Lutterbach, la date du prochain CVS a été fixée au 22 novembre 2023.</p> <p>Nous prenons acte de la demande de révision du projet d'établissement. Elle sera également présentée aux différents CVS.</p> <p>Nous demandons un report du délais de 3 à 6 mois afin de rédiger les modifications et de les présenter aux différents CVS.</p>
<p>Le projet d'établissement a été présenté au CVS de Kembs le 08/02/2023 mais cela n'indique pas comment le CVS est associé à l'élaboration ou la révision du projet d'établissement (article D.311-15 du CASF). La présentation de ce projet est à l'ordre du jour du CVS du 19/10/2023 de Horbourg-Wihr mais le compte-rendu n'a pas été transmis. Par ailleurs, tout comme Kembs, cela n'indique pas comment le CVS est associé à l'élaboration ou à la révision du projet d'établissement. S'agissant de Lutterbach, le prochain CVS est prévu le 22/11/2023 mais aucune convocation ou ordre du jour n'a été transmis permettant d'attester que le projet d'établissement sera présenté.</p> <p>L'écart est maintenu et le délai demandé de 6 mois est accordé.</p>						

E2	Le règlement de fonctionnement des trois sites n'a pas été transmis ou ne précise pas sa périodicité.	P2	Mettre à jour le règlement de fonctionnement des 3 sites conformément à la réglementation.	Article R311-33 du CASF.	Immédiat	Les modifications attendues du règlement de fonctionnement ont été apportées. Il est désormais daté et signé.
La prescription est levée.						
E3	La commission de coordination gériatrique n'est pas mise en place et ne s'est pas tenue.	P3	Mettre en place la commission de coordination gériatrique sur les 3 sites	Article D. 312-158 3° du CASF.	Immédiat	Les médecins coordonnateurs des trois résidences animeront la prochaine commission de coordination gériatrique qui se tiendra le 22/11/2023 pour FKE. Concernant FLU et FHW, la date va prochainement être fixée. Notons l'arrivée récente d'un médecin coordonnateur sur FHW et à venir sur FLU à compter de novembre 2023. Le délai proposé pour lever cette prescription (nécessitant la tenue des CCG) ne peut être inférieur à 6 mois.
La prescription est maintenue. Le délai demandé de 6 mois est accordé.						
RM1	L'organisation actuelle des formations au sein des 3 sites ne permet pas de garantir le développement des compétences des personnels.	P4	Mettre en place un plan de formation, en lien avec les besoins des différents personnels sur les 3 sites de l'EHPAD.	/	3 mois	Un plan de formation 2024/2025 est en cours de finalisation et intégrera les différents besoins des personnels.
La prescription est maintenue dans l'attente de la finalisation du plan de formation 2024/2025 qui devra être transmis à l'ARS et à la CEA.						

<p>RM2</p>	<p>La politique qualité et de gestion des risques du groupe BRIDGE est non aboutie, peu opérationnelle, non déclinée par sites.</p>	<p>P5</p>	<p>Déployer une politique qualité et de gestion des risques sur chaque site permet la mise en œuvre d'une dynamique d'amélioration continue des pratiques.</p>	<p>/</p>	<p>3 mois</p>	<p>Il n'y a pas de lien de causalité entre la politique qualité d'un réseau d'établissement et une crise conjoncturelle survenue dans un établissement, qui prévoit les modalités de gestion de crise dans son plan bleu ; et notamment l'activation d'une cellule de crise sur décision du directeur de l'établissement, et qui peut faire appel aux services support du siège en cas de besoin.</p> <p>En outre, il est faux d'indiquer que « le groupe Bridge n'a pas pris la mesure de la gravité de la situation qui a démarré dès juin 2023 (..) », les équipes du siège n'ont été informées de la situation à Kembs que le lundi 24 juillet au soir.</p> <p>Cela dit, s'agissant du support apporté aux établissements sur la qualité, il est utile de rappeler que le réseau Bridge a recruté depuis février 2023 un responsable qualité. Sa première action a été de structurer la démarche qualité et de formaliser des procédures et outils en définissant notamment une procédure des procédures, basée sur une cartographie des processus définie par la HAS. Compte tenu de ces éléments, nous demandons que soit levée la prescription.</p>
-------------------	---	------------------	--	----------	---------------	--

La remarque majeure 2 a été formulée en raison de l'accumulation de constats repris en remarques 3,4,5,6 communes à la société Les Fontaines EHPAD, en sus de ceux concernant une gestion de crise défaillante. Le projet d'établissement commun aux trois sites décrit quelques actions d'amélioration de la qualité et gestion des risques sur fin 2023 et 2024 mais n'est pas décliné par site, et ne reprend que de grandes thématiques sans actions précises avec un pilote identifié. Les éléments transmis évoquent des groupes de travail réduits relatif au projet d'établissement, mais l'aspect d'analyse de FEI, des EIG, des signalements n'est pas effective : il n'y a pas de RETEX par exemple. Les directeurs de site n'ont pas été en mesure d'expliquer la politique qualité et gestion des risques.

La prescription est maintenue.

Pour le site de Kembs :

Numérotation	Ecart	Numérotation	Prescriptions envisagées	Références réglementaires	Délai	
Ecart K1	La directrice adjointe n'est pas titulaire d'une certification de niveau 1, prévue par l'article D312-176-6 du CASF qui vise les qualifications des professionnels chargés de la direction d'établissement.	P1	Mettre en conformité les qualifications de la directrice adjointe ou apporter les éléments (art. R 612-1 du code du commerce) permettant de justifier que le niveau 1 n'est pas requis.	Article D312-176-6 du CASF	6 mois	<p>La prescription repose sur une analyse erronée de la délégation de pouvoirs du directeur qui présuppose à tort l'établissement d'une subdélégation envers la directrice adjointe. Celle-ci ne nécessite donc pas la présentation d'un diplôme de niveau 1.</p> <p>La nomination à date du 01/09/2023 de Monsieur C. DAUCE, Directeur a définitivement réglé la question des glissements de tâches au sein du CODIR. Nous demandons la levée de cette prescription.</p>
<p>La mission d'inspection prend acte des réponses apportées. La prescription est levée.</p>						

Ecart K2	En raison de l'absence de toute IDE, le médecin assure parfois des tâches qui relèvent des compétences des IDE et non celles d'un médecin coordonnateur.	P2	En lien avec la prescription des remarques majeures K2 et K3, les effectifs IDE et leur organisation du travail doivent permettre au médecin coordonnateur de se concentrer sur ses propres missions.	Article D312-158 du CASF.	Immédiat	Le rapport d'inspection rapporte l'absence « de toute infirmière, IDEC, IDE libérale ou intérimaire » la veille de l'inspection (donc le 2 août 2023), contraignant le médecin coordonnateur à assurer l'administration des médicaments. Le constat rapporté est erroné, une présence infirmière était bien présente le 2 août 2023. Si le médecin coordonnateur a pu être amené à contribuer à l'administration de médicaments, bien que cela ne relève pas des 14 missions du médecin coordonnateur telles que rédigées dans l'article D312-158 du CASF, cela reste extraordinaire, non pas du fait de l'absence d'infirmier, mais au soutien du personnel infirmier qui a pu se retrouver ponctuellement en difficulté.
<p>Le jour de la mission, le médecin était en congé. Il s'est présenté à l'établissement suite à la présence de la mission. Par ailleurs, si l'appel des infirmières libérales a été réalisé par la directrice, c'est à la suite de plusieurs demandes réitérées des inspecteurs. La nécessité de l'appui de l'ARS a déjà été constaté au mois d'août. Or, depuis ces constats, aucune procédure de gestion des effectifs, notamment en cas d'absences inopinées, n'a été transmise permettant de conclure que cette problématique a fait l'objet d'une analyse et que des actions correctrices ont été apportées afin que l'établissement ne se trouve plus dans cette situation (déclinaison des actions à entreprendre en cas d'absence inopinée...). La prescription est maintenue.</p>						
Ecart K3	la présence d'un agent, diplômé infirmier hors Union Européenne, est compté dans les effectifs IDE comme 'aide infirmier, participe aux tâches relevant de compétences d'IDE	P3	Cet agent ne doit pas être compté dans les effectifs d'infirmier et ne doit pas réaliser de tâches en lien avec cette fonction.	Article L4311-3	Immédiat	Le salarié concerné est intervenu sur le site de Kembs 6 jours en renfort auprès des équipes, en qualité d'aide infirmier. A ce titre, ne lui ont pas été déléguées les tâches d'infirmier, mais celles d'aide-soignant. Son inscription au planning des IDE est une erreur.
<p>La prescription est levée.</p>						

Ecart K4	L'équipe du PASA n'est pas composé d'un ergothérapeute ou psychomotricien.	P4	Mettre en conformité la composition de l'équipe du PASA en réalisant les recrutements nécessaires d'ergothérapeute ou de psychomotricien.	Article 155-0-1 du CASF.	Immédiat	Le PASA est ouvert du lundi au jeudi, de 10h00 à 16h00 et le vendredi de 10h00 à 13h30, et est animé par deux ASG. Le médecin coordonnateur intervient sur l'élaboration des projets de soins. Le recrutement d'un ergothérapeute ou d'un psychomotricien est toujours actif et en cours. Il est toutefois impossible de répondre à cette prescription (i.e. le recrutement effectif) immédiatement. Nous demandons le report du délai à 6 mois.
<p>La prescription est maintenue. Le délai est porté à 4 mois pour sa mise en œuvre compte-tenu du profil des résidents qui nécessite des soins spécifiques apportés par un ergothérapeute ou un psychomotricien.</p>						
Ecart K5	L'absentéisme au niveau des équipes IDE entraine un glissement de cette tâche vers les AS. Les jours constatés sans IDE, ces AS n'étaient pas encadrées et cette collaboration ne s'inscrit pas dans un protocole.	P5	Assurer l'encadrement des AS par des IDE, formalisé dans des protocoles.	Article R4311-4 du CSP	Immédiat	L'écart est résolu. La présence de personnel infirmier a été renforcée par le recrutement de l'IDEC depuis le 11/09/2023. Son arrivée a permis de reconstruire l'équipe. Les AS sont dorénavant encadrés à leur prise de poste par des IDE. Le protocole indiquant la conduite à tenir en cas d'absence d'IDE explicite les conditions dans lesquelles la distribution des médicaments peut être réalisée par des aides-soignants.
<p>La seule présence d'une IDEC ne constitue pas de facto une garantie d'organisation s'agissant de l'encadrement des AS. Le document transmis relatif au protocole de soin en mode dégradé / carence IDE, précise en page 7 « Distribution des médicaments en mode dégradé => définir la distribution des médicaments par AS », ce qui ne constitue pas une organisation formalisée. La prescription est maintenue.</p>						

Ecart K6	Les effectifs d'aides-soignants ne sont pas suffisants pour réaliser des soins d'hygiène satisfaisants, pour assurer des levers, pour veiller à l'hydratation et aider à l'alimentation. En conséquence, le respect de la dignité n'est pas assuré, ni même une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité.	P6	Assurer la présence suffisante d'effectifs d'aides-soignants dans l'objectif d'assurer soins d'hygiène satisfaisants, pour assurer des levers, pour veiller à l'hydratation et aider à l'alimentation de la dignité des résidents.	Article L311-3 du CASF	Immédiat	<p>L'écart est résolu. Le nombre d'aides-soignants effectif en CDI est à date du 18 octobre :</p> <ul style="list-style-type: none"> •AS : 11.00 •PASA : 2.00 •AVS : 6.00 •AS NUIT : 3.00
Ecart K7	Les insuffisances en termes d'effectifs d'aides-soignants entraine des glissements de tâches vers des personnels devant réalisés des soins alors qu'ils ne sont pas qualifiés pour le faire (exemple : personnel d'animation non soignants)	P7	Assurer la présence suffisante d'effectifs qualifiés.	Article L312-1 du CASF	Immédiat	<p>L'écart est résolu. Le nombre d'aides-soignants effectif en CDI est à date du 18 octobre :</p> <ul style="list-style-type: none"> •AS : 11.00 •PASA : 2.00 •AVS : 6.00 •AS NUIT : 3.00

Les prescription P6 et P7 sont maintenues. En effet, les éléments de réponse portent sur les effectifs. Ceci ne démontre pas que les principes d'organisation sont posés. Vous n'apportez pas d'éléments démontrant que les soins d'hygiène sont assurés aux résidents, quelle que soit l'organisation de l'établissement, et ce dans le respect de leur dignité et de leur intégrité. Par ailleurs, vous n'apportez pas d'éléments démontrant que les personnes postées sur des fonctions d'aide soignantes disposent d'un diplôme d'état d'aide-soignante.

RM1	Il n'y a plus d'IDEC depuis mars 2023	P8	Procéder prioritairement au recrutement d'une IDEC dans l'objectif d'assurer la coordination des soins.	/	Immédiat	Ecart résolu. Une IDEC a été recrutée le 11/09/2023.
<p>La prescription est levée. Vous informerez l'ARS et la CeA du renouvellement de son contrat à l'issue de sa période d'essai, ainsi que la pérennité de son poste dans le temps.</p>						
RM2	Le nombre d'ETP d'IDEC dans les effectifs ne permet pas d'assurer le planning cible	P9	En lien avec l'injonction, procéder au recrutement de plusieurs IDE pour atteindre les effectifs cible du site de Kembs et que la présence de deux IDE en journée la semaine, et une IDE en journée le weekend end puisse être assurée.	/	Immédiat	<p>L'établissement compte à ce jour deux IDE salariées. Le recrutement d'IDE est actif et en cours.</p> <p>La démarche de recrutement ne peut pas être aboutie à un instant T, par le fait que tous les établissements connaissent un turn-over régulier de leurs salariés. Nous sommes donc constamment mobilisés par la recherche de personnels et nos organisations sont adaptées pour ce faire. Il ne peut donc être concrétisé immédiatement.</p> <p>Nous souhaitons pouvoir obtenir un report de délai à 6 mois pour parachever l'ensemble de ces recrutements.</p>
<p>La prescription est maintenue. Le délai de mise en œuvre est porté à 4 mois, la sécurisation des soins étant un objectif prioritaire pour un EHPAD. Par ailleurs, la projection des effectifs IDE n'est pas indiquée. Or, d'ici la fin de l'année, une IDE sera en congé maternité et une autre IDE a démissionné.</p>						

RM3	Il n'y a aucun effectif d'IDE sur de nombreux jours, dont celui de l'inspection et l'intervention d'IDEL n'est pas suffisamment anticipée ; l'établissement a connaissance des absences et prend attache trop tardivement auprès des cabinets libéraux. Par ailleurs, il n'y a aucun outil pour leur permettre à ce personnel non permanent de connaître l'organisation et les spécificités des résidents (plan de soins). Ils n'ont pas accès au dossier médical partagé.	P10	Dans un contexte de recrutement pérenne d'IDE qui ne serait pas abouti, anticiper, notamment au regard des absences et congés connus, l'appel à des cabinets libéraux, tout en mettant à leur disposition tous les outils de communication nécessaires pour une bonne connaissance de l'établissement et des résidents (accès au dossier médical partagé, plan de traitement, plan de soins etc.).	/	Immédiat	Pas d'observation.
<p>La prescription est maintenue.</p>						

RM4	L'établissement n'a pas de gouvernante (responsable hôtelière), le poste a été créé mais jamais pourvu, la fiche de poste est en présence. En conséquence, l'équipe d'ASH s'autogère.	P11	Procéder au recrutement d'une responsable hôtelière /	Immédiat	Une responsable hôtelière est en cours de recrutement.
La prescription est maintenue dans l'attente de l'effectivité du recrutement.					

Pour le site de Lutterbach :

Numérotation	Ecart	Numérotation	Prescriptions envisagées	Références réglementaires	Délai	Observations établissement en date du 20/10/2023
Ecart L1	Le site ne dispose pas actuellement d'un médecin coordonnateur. Par ailleurs, la solution médicale trouvée en lien avec le CH de Pfastatt, à hauteur de 0,1 ETP, ne permet pas de garantir des soins médicaux adaptées.	P1	Procéder au recrutement d'un médecin coordonnateur conformément à la réglementation.	Article D312-156 du CASF	1 mois	<p>Force est de constater que la ville de Mulhouse connaît un véritable problème de désertification médicale, pour preuve notamment le dernier reportage diffusé sur un journal télévisé de 20h le 25/09/2023 dernier qui évoquait qu'à court/moyen terme, 37000 Mulhousiens n'auront plus de médecin traitant étant donné la démographie médicale en décroissance.</p> <p>C'est dans ce contexte qu'à la suite du départ du Docteur S. en 2022, que par suite de nos recherches actives, nous avons recruté en CDD à partir de mai 2022 le docteur P. – P. jusqu'au 31/12/2022. N'ayant pas réussi à trouver un médecin coordinateur à cette date, le docteur a accepté de poursuivre son contrat jusqu'en 05/2023. Agée de 79 ans cette dernière a souhaité pouvoir s'arrêter à cette date. L'établissement, soutenu par le siège, s'est toujours activé pour provoquer des candidatures, en mettant en ligne des annonces sur des sites appropriés. Nous avons également pris des contacts directs notamment avec Monsieur K., Professeur des Universités - Médecin Chef du Pôle de Gériatrie des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg afin qu'il puisse diffuser auprès des étudiants une annonce concernant Lutterbach.</p> <p>Ceci précisé, l'écart est résolu : l'établissement a finalisé le recrutement du Dr H. à 0,6 ETP conformément aux dispositions de l'article D312-156 CASF (à compter du 13/11/2023.</p>

La mission prend note du recrutement potentiel d'un médecin. Vous transmettez une promesse d'embauche dont vous précisez vous-même sa caducité à partir du 27 septembre 2023. La prescription est maintenue dans l'attente de la prise de poste effective du médecin, prévue le 13 novembre 2023.

Ecart L2 et L3	L'absence de médecin coordonnateur ne permet au site ni de proposer et de dispenser des soins médicaux adaptés ni de dispenser des actions de prévention et d'éducation à la santé.	P2 et P3	Dans le cadre du recrutement du médecin coordonnateur, veiller à organiser et à garantir des soins médicaux adaptés et des actions de prévention et d'éducation à la santé pour l'ensemble des résidents.	Article D312-155-0 du CASF.	Dès le recrutement d'un médecin	Le médecin coordonnateur qui prendra ses fonctions au 13/11/2023 poursuivra la mise en œuvre des actions nécessaires conformément à vos attentes. A noter que les docteurs S. et G. ont déjà réalisé un important travail d'organisation des soins médicaux, en lien avec ces derniers et le Directeur médical France, le docteur H. poursuivra le travail engagé et le finalisera.
----------------	---	----------	---	-----------------------------	---------------------------------	--

Vous avez transmis la fiche de poste du médecin coordonnateur, dans laquelle figurent ses missions en matière de mesures de prévention et d'éducation à la santé. Toutefois, dans l'attente de la mise en œuvre effectives garantissant des soins médicaux adaptés et des actions de préventions et d'éducation à la santé pour l'ensembles des résidents, les prescription P2 et P3 sont maintenues.

Ecart L4	Les insuffisances en termes de personnels entraîne des glissements de tâches vers des agents devant réaliser des soins alors qu'ils ne sont pas qualifiés pour le faire.	P4	S'assurer que les soins réalisés aux résidents sont assurés par des personnels qualifiés.	Article L312-1 du CASF	Immédiat	<p>Les plannings qui vous sont communiqués montrent que les soins réalisés aux résidents sont assurés par du personnel qualifié</p> <p>En cas d'absence, le mode dégradé est déclenché et une organisation via un protocole est maintenue.</p> <p>Des recrutements ont été réalisés notamment au niveau de l'équipes IDE qui est complète à ce jour avec 4 IDE en CDI et une IDER en CDI.</p> <p>Concernant les équipes AS/AVS/ASG, à l'heure actuelle nous dénombrons 18 personnels dont seulement deux FFAS qui ont tout de même suivis une formation de 70H assurée par le Conseil Départemental.</p> <p>Les recrutements d'AS en cours (4 entretiens programmés) ne concernent que des personnels diplômés.</p>
A plusieurs reprises, la mission a demandé une copie des diplômes des personnels intervenant auprès des résidents, afin de contrôler la qualification de ces personnels. Ces éléments n'ont jamais été transmis. La prescription est maintenue.						
Ecart L5	L'absence de réalisation de soins d'hygiène contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1° du CASF concernant le respect de la dignité et de l'intégrité des résidents.	P5	Assurer les soins d'hygiène aux résidents, quelle que soit l'organisation de l'établissement, dans le respect de leur dignité et de leur intégrité.	Article L311-3 du CASF	Immédiat	<p>A ce jour, les effectifs présents, tant en CDI que CDD, permettent d'assurer normalement la prise en soins d'hygiène. Il n'y a donc plus aucun glissement de tâches, ce sont les soignants uniquement qui réalisent les actes de soins d'hygiène.</p> <p>A disposition des médecins inspecteurs, l'accès in situ du logiciel Netsoins qui leur permettra de constater la fréquence des soins d'hygiène.</p> <p>Nous préconisons donc la levée de cette prescription.</p>

Vos éléments de réponse portent sur les effectifs et les glissements de tâche. Vous n'apportez pas d'éléments démontrant que les soins d'hygiène sont assurés aux résidents, quelle que soit l'organisation de l'établissement, et ce dans le respect de leur dignité et de leur intégrité. La prescription est maintenue.

RM1	La prise en charge des résidents se fait au coup par coup, sans structuration dans la prise en charge, et sans respect du plan de soins.	P6	Mettre en œuvre la prise en charge des résidents dans le respect du plan de soins établis, en considération de leur état de santé.	/	Immédiat	A ce jour 61 résidents sont présents sur la résidence. 100 % des plans de soins sont renseignés et en cours de réactualisation sous la supervision du Docteur S. qui a notamment pour cette raison envisagé de proroger son CDD jusqu'au 31/12/2023 sur la base de 3 ½ journées (soumis à l'accord de la hiérarchie de l'Hôpital de PFASTATT).
-----	--	----	--	---	----------	--

Vous précisez que 100 % des plans de soins sont renseignés et en cours de réactualisation sans en apporter la preuve. Ceci ne permet pas de répondre à l'injonction, qui a trait à l'organisation de la prise en charge, qui doit être structurée en considération de l'état de santé des résidents. La prescription est maintenue.

RM2	L'arrivée de l'IDEC n'a pas été organisée, elle est seule pour gérer la structure et ne dispose d'aucun outil. Alors qu'elle est arrivée la veille et qu'elle ne connaît pas les résidents, ni le personnel, et qu'enfin les informations dont elle dispose sur les documents sont inexacts, il est demandé à l'IDEC de contrôler et modifier les plannings.	P7	Organiser l'arrivée des nouveaux agents (IDEC et autres), à l'aide d'outils formalisés et régulièrement mis à jour, permettant de réaliser une prise de poste dans de bonnes conditions.	/	1 mois	A chaque arrivée de nouveaux collaborateurs, il est fourni un livret d'accueil du salarié et un protocole d'intégration qui favorise un accompagnement concret du nouveau salarié qui s'étend de l'embauche jusqu'à la fin de sa période d'essai.
-----	--	----	--	---	--------	---

La prescription est levée.

RM3	La traçabilité partielle des soins dans les dossiers médicaux ne permet pas de garantir la réalisation et la continuité des soins.	P8	Assurer la traçabilité exhaustive des soins dans les dossiers médicaux.	/	1 mois	<p>Les équipes soignantes disposent toutes des codes netsoins. Les IDE sont habilitées à créer des nouveaux codes d'accès pour les nouveaux soignants ainsi que pour les intérimaires. Une formation flash leur a été assurée.</p> <p>A ce jour, la traçabilité exhaustive des soins sous le logiciel Netsoins est possible et contrôlée par l'IDER, par le fait que tous les soignants (CDI/CDD) disposent de leurs codes d'accès.</p>
<p>Vous précisez que la traçabilité exhaustive des soins est possible dans le logiciel NETSOINS et contrôlée par l'IDER. Toutefois, vous n'apportez pas d'éléments de preuve de l'effectivité de la traçabilité. La prescription est maintenue.</p>						
RM4	L'organisation du site de Lutterbach ne permet pas une prise en charge répondant au profil des résidents atteints de troubles cognitifs et comportementaux.	P9	Rédiger un projet soignant intégrant le profil pathologique des résidents et mettre en œuvre une organisation des soins adaptée à la prise en charge requise.	/	1 mois	<p>Les actions sont initiées sous la supervision des Dr S. et B. Les plans de soins sont en cours d'actualisation comme déjà évoqué en supra.</p> <p>Le docteur H. qui arrive le 13/11/2023 prendra le relais du travail déjà engagé.</p> <p>Le délai étant court au regard du travail à réaliser, nous demandons un report de délai de 1 à 6 mois.</p>
<p>La prescription est maintenue. Le délai de mise en œuvre est porté à 4 mois au regard de l'importance de l'individualisation de la prise en charge de chaque résident.</p>						

RM5	il est constaté que certains piluliers contiennent des médicaments déblistérés ce qui ne permet plus de les identifier, ce qui peut être source d'erreur dans la distribution des médicaments.	P10	Assurer l'identification des médicaments à chaque étape du circuit pour garantir le respect de la règle des 5B : le bon médicament, au bon patient, à la bonne dose, avec la bonne voie d'administration et au bon moment.	/	1 mois	<p>Vous signifiez que l'aspirateur à mucosité n'était pas fonctionnel au jour de la mission. Nous disposons dans l'établissement de trois aspirateurs en location tous fonctionnels, ces derniers ayant été testés. Les nouveaux arrivants sont systématiquement formés dans le cadre de leur cursus. L'affirmation ne peut donc que nous surprendre.</p> <p>S'agissant de la distribution des médicaments : en l'état, et conformément à l'organisation actuelle du GCS, une fois par semaine, l'établissement perçoit dans un sachet hebdomadaire la dotation de médicaments. Le personnel soignant prépare la distribution des médicaments dans des piluliers à la semaine. La présentation de certains médicaments sont livrés en tubes donc non blistérés. Ces derniers ne peuvent donc être insérés dans le pilulier qu'à l'unité et hors blister. Ils ne sont donc pas déblistérés car livrés à l'origine en l'état.</p> <p>C'est malheureusement l'organisation du GCS qui nous impose ce fonctionnement, notamment raison pour laquelle décision a été prise de sortir du GCS et d'opter à partir du 1er janvier 2024 pour la PDA, dans le cadre de conventions signées avec des officines de villes, disposant des robots permettant de sécuriser le circuit du médicament.</p> <p>Les dispositions et les consignes strictes ont été mises en œuvre afin de ne pas déblistérer des médicaments dans le cadre de la distribution journalière.</p>
-----	--	-----	--	---	--------	---

La prescription concernant la sécurisation du circuit du médicament est maintenue. Vous n'apportez pas d'éléments de preuve démontrant que l'organisation permet de sécuriser le circuit du médicament à chaque étape. En particulier, vous ne transmettez pas les conventions signées avec les officines de ville dont vous faites état, ni les consignes afin de ne pas déblistérés les médicaments dans le cadre de la distribution journalière.

Il n'est pas indiqué en outre les actions de sécurisation apportées du fait du changement du logiciel NetSoins.

Pour le site de Horbourg-Wihr :

Numérotation	Ecart	Numérotation	Prescriptions envisagées	Références réglementaires	Délai	Observations établissement en date du 20/10/2023
Ecart HW1	L'organisation du CVS et des réunions du CVS n'est pas conforme à la réglementation.	P1	Constituer le CVS et organiser les réunions du CVS conformément à la réglementation.	Articles L.311-6 du CASF et D311-4 et suivants du CASF.	1 mois	Un planning prévisionnel des réunions CVS a été mis en place. L'ordre du jour du CVS du 19/10/23 a été transmis.
La prescription est levée.						
Ecart HW2	L'établissement ne dispose pas actuellement d'un médecin coordonnateur.	P2	Procéder au recrutement d'un médecin coordonnateur, conformément à la réglementation. l'établissement devra justifier de la prise de poste effective du nouveau médecin coordonnateur.	Article D312-156 du CASF.	Dès la prise de poste du médecin recruté	Un médecin coordonnateur a été recruté sur la résidence en date du 18/09/2023. L'ensemble de son dossier administratif vous est communiqué.
La mission prend acte du recrutement d'un médecin coordonnateur et de sa prise de poste. Le contrat prévoyant une période d'essai de 3 mois, la prescription est maintenue dans l'attente de la validation de cette période d'essai.						

Ecart HW3	Les prestations délivrées ne sont pas systématiquement délivrées par du personnel qualifié.	P3	S'assurer que les tâches confiées aux différents personnels sont conformes à leurs qualifications et compétences.	Article L312-1 du CASF.	Immédiat	<p>Le protocole mis en place et la qualification des personnels permet de s'assurer de la conformité des actes. La préparatrice en pharmacie est supervisée par une IDE dans la préparation des médicaments.</p> <p>L'administration des médicaments respecte les prérogatives des personnels (administration par AS quand cela est possible mais préparée par IDE et sinon, administrée et préparée par IDE).</p> <p>Nous n'avons au sein de l'établissement qu'une AVS faisant fonction AS et une ASH faisant fonction AS, cette dernière étant accompagnée vers une VAE.</p>
<p>Il est indiqué la mise en place d'un protocole permettant de s'assurer de la conformité des actes. Cependant, ce protocole n'a pas été transmis comme élément de preuve. La prescription est maintenue.</p>						
Ecart HW4	les résidents ne disposent pas d'un projet d'accompagnement personnalisé.	P4	Procéder à la rédaction des projets d'accompagnement personnalisé pour l'ensemble des résidents.	Article D312-155-0, 3° du CASF.	1 mois	<p>A date du 18/10 nous disposons de 46 PAP finalisés sur les 80 résidents présents. Le recrutement de la psychologue à mi-temps va permettre une mise à jour planifiée des PAP. A ce jour, 57 % des PAP sont rédigés. Un planning a été mis en place avec un objectif d'avoir rédigé 100 % des PAP au 28/02/2024.</p> <p>Nous sollicitons de ce fait un report d'échéance de 1 à 4 mois.</p>
<p>La prescription est maintenue. Le délai sollicité pour sa mise en œuvre est accordé.</p>						

RM1	L'organisation permettant d'assurer la continuité médicale jusqu'à l'arrivée du nouveau médecin coordonnateur n'est pas précisée.	P5	Organiser la continuité médicale et en transmettre les modalités à la mission d'inspection.	/	Immédiat	La continuité médicale est assurée par la présence d'un médecin coordonnateur a pris ses fonctions au sein de notre résidence le 18/09/2023 Durant la période antérieure à son arrivée, une convention a été signée entre les HCC et l'établissement pour la mise à disposition d'un médecin, le Docteur H. à hauteur de 0,20 ETP.
<p>La mission souligne l'organisation mise en place avant l'arrivée du médecin coordonnateur, dans l'objectif d'assurer une présence médicale au sein de l'établissement. En lien avec la prescription P2, cette prescription est maintenue dans l'attente de la validation de la période d'essai du médecin coordonnateur.</p>						
RM2	Le jour de l'inspection, le poste d'IDE coordinatrice n'était pas pourvu, remettant en cause la coordination des soins et des équipes soignantes.	P6	Procéder au recrutement d'une IDEC. Le cas échéant, justifier de sa prise de poste si le recrutement a été réalisé.	/	1 mois	Une IDEC a été recrutée, elle a pris ses fonctions le 09/10/2023.
<p>La prescription est levée.</p>						

Tableau récapitulatif des remarques et des recommandations envisagées pour l'ensemble des 3 EHPAD et aussi par site.

Pour l'ensemble des 3 sites :

Numérotation	Remarques	Numérotation	Recommandations envisagées	Délai	
Remarque Les Fontaines 1	Les délais de règlement des variables de payes des employés ainsi que les délais de règlement des factures des fournisseurs et prestataires ne sont pas satisfaisants.	Rec1	Réduire les délais de paiements des employés et fournisseurs par l'organisation et la sécurisation des circuits de paiements, y compris en mode dégradé. Réaliser un audit du process paye et du process règlement des fournisseurs.	3 mois	<p>Les salaires des CDI sont payés le 30 de chaque mois, et ceux des CDD entre le 5 et le 8 du mois suivant. Les fournisseurs sont réglés à 30 jours fin de mois à date de réception de facture. Il n'est donc pas nécessaire d'engager des actions de réduction des délais de paiement. Si des difficultés locales peuvent être rencontrées ponctuellement s'agissant de la paie ou des règlements fournisseurs, elles sont toutefois réglées unes à unes. Il serait totalement erroné de laisser entendre un dysfonctionnement structurel nécessitant la tenue d'audits.</p> <p>Nous demandons la suppression de la recommandation.</p>
<p>La recommandation est maintenue. Il a été constaté par l'administrateur provisoire de nombreuses erreurs sur les éléments variables de paye sur les payes du mois d'octobre, créant ainsi un climat favorisant une inquiétude du personnel, un risque de démotivation conduisant à une situation de risques psycho-sociaux.</p>					

Remarque Les Fontaines 2	Le projet d'établissement n'est connu d'aucun personnel.	Rec2	Améliorer la diffusion du projet d'établissement auprès de l'ensemble des personnels dans l'objectif qu'ils s'approprient les orientations stratégiques des établissements.	1 mois	Les salariés ont été associés à la rédaction du projet d'établissement au travers de groupes de travail pluridisciplinaire. Nous procéderons néanmoins à des réunions de présentation du projet d'établissement qui permettront de renforcer son appropriation par les salariés et en particulier les nouveaux. Nous constatons toutefois que le délai de mise en œuvre de cette recommandation est lié avec la prescription PF1. Nous vous demandons donc d'aligner les délais de ces deux mesures à 6 mois.
La recommandation est maintenue. Le délai sollicité pour sa mise en œuvre est accordé.					
Remarque Les Fontaines 3	Concernant les protocoles de soins, l'absence d'IDEC sur les 3 sites et les sous-effectifs en soignants n'ont pas permis au médecin coordonnateur d'engager ce travail pluridisciplinaire.	Rec3	Engager un travail pluridisciplinaire sur les protocoles de soins dont notamment les protocoles (IDE/AS en lien écart K5).	3 mois	L'ensemble des protocoles est en cours de révision avec les médecins coordonnateurs des résidences, leurs IDEC, en étroite collaboration avec le Directeur médical France, et les IDE territoriales. Le travail est d'ores et déjà engagé. Les premières procédures actualisées vous seront adressées pour preuve dans le délai imparti.
La recommandation est maintenue dans l'attente de la transmission des protocoles.					
Remarque Les Fontaines 4	Aucun des sites n'a été en mesure de fournir une liste récapitulative des EI /EIG avec la précision d'un retour d'expérience effectué ou non.	Rec3	Assurer et tracer le recensement, le suivi et l'analyse des événements indésirables des 3 établissements.	3 mois	Nous prenons acte de cette recommandation, la procédure de gestion des EI va être revue et un registre des EI/EIG sera dûment tenu à jour avec le suivi des RETEX et la traçabilité des analyses en CODIR et leur communication en CVS.

La recommandation est maintenue.					
Remarque Les Fontaines 5	La procédure de traitement des signalements intitulée « Procédure signalement interne FSEI de 2022 » n'est pas respectée : en effet, le COPIL semestriel prévu ne se réunit pas, l'équipe d'inspection n'a pas été destinataires de comptes rendus.	Rec4	Mettre en œuvre le COPIL semestriel relatif au traitement des signalements.	3 mois	Nous prenons acte de cette recommandation et veillerons au respect de la procédure en vigueur, en particulier de la tenue du comité de pilotage semestriel de traitement des signalements, dont nous vous transmettrons le compte-rendu pour preuve.
La recommandation est maintenue.					
Remarque Les Fontaines 6	Dans l'ébauche de projet d'établissement, il existe un plan d'actions qui indique que les actions à mener, à partir des signalements réalisés, débutent à partir de janvier 2024. Ce délai tardif n'apparaît pas pertinent compte-tenu d'actions importantes à mettre en œuvre. Par ailleurs, la formulation des actions reste très générale, sans réflexion et mise en œuvre de terrain. Il n'y a pas de plan d'actions propres à chaque établissement qui serait nourri des réclamations, des EI, des EIG, des demandes du CVS.	Rec6	Réaliser un plan d'action débutant en 2023 et qui devra se construire à partir des réclamations, des EI, des EIG, des demandes du CVS.	1 mois	Il s'agit manifestement d'une erreur de date mentionnée dans le document de synthèse du projet d'établissement lequel indique en effet à tort page 27 un « recueil et traitement des événements indésirables » à échéance janvier 2024. En effet, le recueil et le traitement des événements indésirables est d'ores et déjà opérationnel, et fait même l'objet d'une recommandation d'amélioration actée (RF5). Du reste, le tableau récapitulatif des remarques note que la « formulation des actions reste très générale », à juste titre car il s'agit d'un document de synthèse. Cette recommandation n'a donc pas lieu d'être
La recommandation est maintenue dans l'attente de la transmission du document de synthèse corrigé et d'un tableau détaillé des actions.					

Pour le site de Kembs :

Numérotation	Remarques	Numérotation	Recommandations envisagées	Délai	
Remarque K1	La sécurisation des chambres n'est pas assurée pour éviter tout risque d'agressions sexuelles	Rec1	Définir et mettre en œuvre une démarche institutionnelle pluridisciplinaire sur les comportements sexuels inadaptés afin d'éviter tout risque d'agression.	3 mois.	Il est étonnant de lire une remarque sur la sécurisation des locaux de l'établissement de Kembs, motivé de plus par le risque d'agressions sexuelles, alors que les incidents survenus en lien avec ce risque sont arrivés à Lutterbach. Ceci dit, le rapport n'évoque pas de référence sur les dispositifs attendus de « sécurisation des résidents ».
La recommandation est maintenue dans l'attente de la mise en œuvre effective d'une démarche institutionnelle de sécurisation de l'établissement afin d'éviter tout risque d'agression, y compris les agressions sexuelles.					
Remarque K2	Des personnels, notamment des cadres, n'ont pas reçu leur fiche de poste.	Rec2	Transmettre à l'ensemble des personnels, cadres compris, leurs fiches de poste respectives.	1 mois	Pas d'observation, les fiches de postes seront retransmises à l'ensemble des salariés.
La recommandation est maintenue, en l'absence d'élément prouvant cette transmission.					
Remarque K3	Il n'y a plus de tenue de CODIR depuis février 2023.	Rec3	Organiser les réunions du CODIR	1 mois	Les réunions de CODIR ont repris avec la prise de poste du directeur.
La recommandation est levée.					

Remarque K4	L'organigramme n'indique pas la présence dans les effectifs d'une psychiatre alors qu'elle est indiquée au planning.	Rec4	Mettre à jour l'organigramme dans l'objectif de faire apparaître l'ensemble des personnels intervenant au sein de l'établissement.	1 mois	Pas d'observation, l'organigramme a été mis à jour.
La recommandation est levée.					
Remarque K5	La présence d'un infirmier disposant d'un diplôme d'IDE étranger est compté dans les effectifs IDE comme 'aide infirmier'.	Rec5	Ne pas comptabiliser dans les effectifs IDE des agents non titulaires du diplôme requis.	Immédiat	L'agent concerné (M. T.) ne fait plus partie des effectifs.
La recommandation est levée.					

Pour le site de Lutterbach :

Numérotation	Remarques	Numérotation	Recommandations envisagées	Délai	Observations établissement en date du 20/10/2023
Remarque L1	Les réunions de CODIR hebdomadaires ne sont plus tenues depuis mars 2023.	Rec1	Programmer de nouveau des CODIR dès qu'une IDEC aura été recrutée ainsi qu'une adjointe.	Dès le recrutement effectif de l'IDEC.	Pas d'observation. A ce jour l'équipe de direction est au complet, les réunions du CODIR sont dument tenues. Les CODIR ont été réactivés à compter du 19/09/2023 et les CR existent.
La recommandation est levée. Toutefois, la mission note que vous n'avez pas fait état de la démission de l'IDEC survenue le 2 octobre 2023.					
Remarque L2	Malgré l'engagement de la direction, lors de la réunion du 27 juillet avec l'ARS, à ne plus réaliser d'admission compte tenu des difficulté RH, 2 admission ont été réalisées.	Rec2	Rendre effectif l'arrêt des admissions lorsque l'établissement est en situation de crise.	Immédiat	Effectivement 2 admissions ont été réalisées le 01/08/2023, antérieures à l'inspection du 03/08/2023. Depuis cette date, plus aucune admission n'a été prononcée.
La recommandation est maintenue					
Remarque L3	Les admissions réalisées l'ont été sans que l'avis du médecin ne soit recherché.	Rec3	Dans le cadre des admissions, organiser un recours systématique à l'avis du médecin coordonnateur.	Immédiat	Les 2 admissions qui ont été réalisées le 01/08/2023 ont été effectuées en accord avec le Dr S. qui est en CDD au sein de l'établissement depuis le 03/07/2023.
La recommandation est maintenue. Vous n'apportez pas d'éléments démontrant que dans le cadre des admissions, le recours systématique à l'avis du médecin coordonnateur est organisé.					

Remarque L4	L'effectif cible des AS n'est pas connu précisément par la direction.	Rec4	Renforcer le pilotage RH de l'établissement dans l'objectif de permettre à la direction de maîtriser l'état de ses effectifs.	1 mois	La direction et son équipe encadrante connaissent les effectifs cibles, maîtrisent tant les besoins d'effectifs que les effectifs présents. Un CODIR hebdomadaire se tient. Un suivi quotidien des effectifs est réalisé et diffusé à l'ARS. Un tableau hebdomadaire de suivi des effectifs est mis à jour par les directions. Les effectifs cibles pour un TO plein sont renseignés dans ce tableau.
La recommandation est levée.					
Remarque L5	Au regard des entretiens, la mission constate l'existence d'une souffrance du personnel face à des résidents dont ils ne peuvent s'occuper correctement.	Rec5	Réaliser une enquête relative aux conditions de travail et établir un plan d'actions relatif à la qualité de vie au travail.	1 mois	Les difficultés traversées cet été ont en effet marqué les salariés qui ont assuré par leur présence la prise en charge des résidents dans des conditions dégradées. Ce d'autant que l'ensemble du secteur d'activité – bien au-delà de l'établissement – traverse une crise identitaire de ses professionnels. L'établissement dispose d'un CSE / CSSCT opérationnel et actif qui assume pleinement son rôle de surveillance des conditions de travail des salariés, de recueil des situations et d'élaboration de plans d'actions. Nous le faisons notamment au travers la mise à jour du DUERP, s'agissant des risques psycho-sociaux liés à des carences d'effectif. Nous demandons un report du délai à 3 mois pour mettre à jour le DUERP sur ce point. Cependant, la cause de cette souffrance exprimée résidant dans le manque de personnel, il convient d'acter que la nette amélioration de la situation de nos effectifs écarte l'observation. Précisons enfin, qu'une psychologue du réseau est mise à disposition du personnel qui souhaiterait échanger en toute confidentialité.

Le délai de mise en œuvre est porté à 3 mois					
Remarque L6	L'EHPAD de Lutterbach n'a pas de plan de formation 2023 ou ne l'a pas fourni.	Rec6	Formaliser un plan de formation.	1 mois	Le plan de formation 2023 est en cours d'élaboration et sera envoyé à vos services dès son achèvement.
La recommandation est maintenue dans l'attente de la réception du plan de formation 2023 qui sera à transmettre à l'ARS et CeA					

Pour le site de Horbourg-Wihr :

Numérotation	Remarques	Numérotation	Recommandations envisagées	Délai	
Remarque HW1	Les voyants d'appel malade des chambres 107 et 108 sont hors service.	Rec1	Remplacer les voyants hors services et s'assurer du fonctionnement de l'ensemble des appels malade de l'établissement.	1 mois	<p>Résultat de deux interventions en date des 08 et 09 septembre d'un technicien de la société EIMM, un devis daté du 12 septembre est parvenu à l'établissement. Le montant de 9157 € de ce devis nécessite un temps de validation légèrement plus long du fait des contrôles nécessaires à opérer par le service DSI du siège. Le processus est en cours. Pour autant l'ensemble de l'installation fonctionne correctement, comme le précise la fiche d'intervention remplie par le technicien d'EIMM en date du 09 septembre.</p> <p>Dans l'intervalle de l'installation des nouveaux voyants d'appels malade, une procédure spécifique des rondes a été mise en place.</p>
La recommandation est levée.					
Remarque HW2	La continuité de la fonction de direction ne fait pas l'objet d'une organisation formalisée.	Rec2	Formaliser et partager une organisation relative à la continuité de la fonction de direction, notamment en l'absence du directeur.	1 mois	<p>Une permanence d'astreintes des directeurs a lieu afin que la continuité de la fonction de direction soit toujours assurée. Une procédure a été établie (pièce jointe) et l'organisation déployée. Le calendrier d'astreintes communiqué démontre une continuité de service sans arrêt.</p>
La recommandation est levée.					

Remarque HW3	Les admissions et sorties ne font pas l'objet d'une concertation ou d'une organisation formalisée.	Rec3	Formaliser une organisation encadrant les admissions et sorties qui permette une véritable concertation entre la direction et les équipes soignantes.	1 mois	L'organisation est désormais formalisée et la concertation entre la direction et les équipes soignantes est appliquée.
La mission note que la procédure date du mois d'avril 2023. La mission a pu relever lors de l'inspection du 3 août 2023 que cette procédure n'était pas appliquée de manière constante puisqu'il a été évoqué des admissions réalisées sans concertation préalable. La mission souligne l'existence de cette procédure mais maintient la recommandation dans l'attente d'une véritable mise en œuvre opérationnelle.					
Remarque HW4	la procédure de remplacement de personnel d'un site par du personnel d'un autre site n'est pas formalisée.	Rec4	Formaliser la procédure de remplacement d'un personnel d'un site par un autre personnel d'un autre site, et transmettre les éléments des contrats spécifiant cette organisation.	1 mois	C'était une situation d'urgence exceptionnelle. Si les contrats comportent une clause de mobilité, en cas de besoin, l'appel au volontariat est privilégié. Toutefois, des procédures de remplacement de personnel d'un site par un personnel d'un autre site ont été formalisées.
Il est indiqué que des procédures de remplacement de personnel d'un site par un personnel d'un autre site ont été formalisées. Cependant, ces procédures n'ont pas été transmises. La recommandation est maintenue.					
Remarque HW5	L'établissement ne dispose pas de chariot ou de sac d'urgence.	Rec5	Constituer un chariot ou un sac d'urgence avec le matériel nécessaire à une première intervention en cas d'urgence vitale.	Immédiat	L'établissement dispose d'un chariot d'urgence qui a date du 20 octobre a été complété sur prescription du docteur B., Directeur médical. Une procédure du contrôle du chariot d'urgence a été rédigée, diffusée. Elle » » est connue de l'IDEC et des IDE.
La recommandation est levée.					

Remarque HW6	Considérant le niveau des effectifs IDE, la réalisation des piluliers, pendant les absences de la préparatrice en pharmacie, constitue une charge de travail importante pour les IDE en poste pendant ces périodes.	Rec6	Mener une réflexion sur l'organisation de la préparation des piluliers pendant les périodes d'absence de la préparatrice en pharmacie.	1 mois	Effectivement ce travail est induit par l'organisation du GCS et ne serait pas imposé si le GCS était doté d'un système de PDA robotisé. C'est une des raisons pour laquelle nous quittons le GCS pour nous diriger vers une officine de ville à compter du 1er janvier 2024. En attendant, nous sommes contraints d'organiser le temps de travail des IDE avec cette charge supplémentaire.
La recommandation est maintenue dans l'attente de la mise en œuvre d'une nouvelle organisation relative au circuit du médicament.					
Remarque HW7	Les personnels ne sont pas suffisamment formés à la prise en charge et à l'accompagnement des résidents atteints de pathologies de type Alzheimer alors que ces résidents constituent une majorité des personnes accueillies au sein de l'établissement.	Rec7	Organiser prioritairement l'accès, pour les personnels en lien direct avec les résidents, à des formations sur les pathologies de type Alzheimer.	1 mois	Un contact a été pris avec France Alzheimer, Mme VALOTTA directrice de l'antenne France Alzheimer du haut Rhin valide la démarche de l'établissement mais ne dispose pas assez de ressources actuellement pour engager une démarche de convention. L'échéance d'une signature au cours du premier trimestre 2024 a été validée par les deux parties. Nous sommes également à la recherche d'autres partenaires pouvant apporter leur expertise sur le sujet.
La mission prend acte des démarches engagées mais tient à rappeler que, compte tenu du profil des résidents accueillis par l'établissement, l'accès pour les personnels à des formations sur les pathologies neurodégénératives doit constituer une priorité. La recommandation est maintenue.					