RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Grand Est

La Directrice Générale de l'ARS Grand Est

A

Madame Isabelle MOSCHLER
Directrice du FAM Résidence de la Forêt
21 rue des Chevreuils
67120 DUTTLENHEIM

Service émetteur :
Direction Inspection, Contrôle et Evaluation

Affaire suivie par :
[redacted]

Courriel :
[redacted]

Objet : Décision administrative, suite à inspection

P. J. : 1 tableau des prescriptions et recommandations

Madame la Directrice,

J'ai diligenté, le 10/07/2025, une inspection au FAM Résidence de la Forêt de DUTTLENHEIM, géré par l'ADAPEI Papillons Blancs d'Alsace.

Je vous ai transmis le 24/09/2025 le rapport d'inspection et les décisions que j'envisageais de prendre, courriel dont vous avez accusé réception le 30/09/2025.

Conformément au code des relations entre le public et l'administration, je vous avons demandé de me présenter, dans le délai d'un mois, vos observations sur les mesures correctives envisagées. A votre demande, je vous ai accordé un délai de réponse supplémentaire jusqu'au 07/11/2025, date à laquelle j'ai réceptionné vos observations.

Après avoir étudié vos observations et pris en compte les actions d'ores et déjà mises en œuvre, qui ont permis de lever certaines prescriptions et recommandations, je vous notifie la présente décision et vous invite à vous rapprocher de vos correspondants en délégation territoriale du Bas-Rhin pour le suivi de ces prescriptions et recommandations.

I. Prescriptions des écarts et remarques majeures

La prescription Pre.10 est levée.

Les prescriptions Pre. 1 à Pre.9 sont maintenues.

II. Recommandations

Les recommandations Rec.1 à Rec.3, Rec.5, Rec.6 dans sa 1ére action (dernière version du plan bleu sur le réseau informatique), Rec.9, Rec.10 dans ses deux 1ères actions (retrait objets dangereux, couloirs et sorties de secours dégagées), Rec.11, Rec.13, Rec.17 et Rec.18 sont levées.

Les recommandations Rec.4, Rec.6 (plan bleu révisé), Rec.7, Rec.8, Rec.10 dans sa 3ème action (déplacement des frigidaires dans les couloirs), Rec.12, Rec.14 à Rec.16 sont maintenues.

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

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

Vous adresserez, dans les délais mentionnés après réception du présent courrier, les éléments justificatifs des mesures mises en œuvre et demandées à la Délégation Territoriale du Bas-Rhin (ars-grandest-DT67-autonomie@ars.sante.fr).

Par ailleurs, je vous prie de noter que les prescriptions maintenues pourront faire l'objet d'un suivi d'inspection avant d'être considérées comme prises en compte.

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

Signé électroniquement
Agence Régionale de Santé GRAND EST
Pour la directrice générale et par délégation - Directrice par intérim de l'Inspection Contrôle et Evaluation.
Sandrine GUET
Nancy le 05/12/2025

Destinataire :

Copie :
ARS GE Délégation Territoriale du Bas-Rhin
Direction de l'Autonomie

Annexe 1

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

Prescriptions					
Ecart (référence)		Page du rapport	Libellé de la prescription		Délai de mise en œuvre
E.1	Le projet d'établissement actuellement en vigueur est caduque et le nouveau projet d'établissement n'est pas finalisé, avec une date de consultation du CVS non précisée dans les 2 projets, en contradiction avec l'article L.311-8 du CASF.	P. 13	**Pre.1**	Finaliser le projet d'établissement et faire figurer la date de consultation du CVS.	**3 mois** **Maintenue dans l'attente de la communication du projet d'établissement mentionnant la date de consultation du CVS.**
E.2	Le règlement de fonctionnement date de plus de 5 ans, en contradiction avec l'article R.311-33 du CASF.	P.13	**Pre.2**	Mettre à jour le règlement de fonctionnement et le soumettre au CVS.	**6 mois** **Maintenue dans l'attente de la mise à jour du règlement de fonctionnement, et de sa communication à l'ARS après l'avoir soumis au CVS.**
E.3	Le contrat de séjour ne recueille pas l'accord ou le refus de la personne accueillie pour le contrôle effectué dans son espace privatif en application de l'article L. 313-13-1 CASF, conformément à l'article L.311-4 du CASF.	P.15	**Pre.3**	Mettre en conformité le contrat de séjour avec les dispositions réglementaires du CASF sur l'accord ou le refus de la personne accueillie pour le contrôle effectué dans son espace privatif.	**1 mois** **Maintenue dans l'attente de la communication du contrat de séjour mis en conformité avec la règlementation relative à l'accord ou au refus de la personne accueillie pour le contrôle effectué dans son espace privatif.**

E.4	Le projet d'établissement, le règlement de fonctionnement et la dernière enquête de satisfaction ne sont pas affichés, en contradiction avec les articles D.311-38-4, R.311-34 et D.311-15 du CASF.	P.16	**Pre.4**	Afficher le projet d'établissement, le règlement de fonctionnement et la dernière enquête de satisfaction réalisée.	**3 mois** **Maintenue dans l'attente de l'affichage du projet d'établissement et du règlement de fonctionnement mis à jour. Il est pris acte de l'affichage de l'enquête de satisfaction.**
E.5	L'établissement n'a pas réalisé d'enquête de satisfaction en 2024, contrairement à l'article D.311-15 du CASF, et uniquement auprès des familles et représentants légaux en 2025.	P.22	**Pre.5**	Transmettre à l'ARS les résultats de l'enquête de satisfaction 2025 menée auprès des familles et représentants légaux en 2025 et réaliser l'enquête de satisfaction auprès des résidents.	**6 mois** **Maintenue dans l'attente de la communication des résultats de l'enquête de satisfaction 2025.**
E.6	L'équipe pluridisciplinaire ne comprend pas ni n'associe d'assistant de service social, en contradiction avec l'article D.344-5-13 du CASF.	P.31	**Pre.6**	Disposer d'un temps d'assistant de service social dans l'équipe pluridisciplinaire.	**6 mois** **Maintenue dans l'attente du recrutement effectif de l'assistant de service social annoncé début 2026.**
E.7	Il n'existe pas de convention passée avec un établissement de santé ayant pour objet de définir les conditions et les modalités de transfert et de prise en charge des personnes, contrairement aux dispositions de l'article D.344-5-6 du CASF.	P.60	**Pre.7**	Etablir une convention avec un établissement de santé disposant d'un service d'urgence afin de définir les conditions et les modalités de transfert et de prise en charge des usagers du FAM.	**6 mois** **Maintenue dans l'attente de la communication d'une convention formalisée avec un établissement de santé disposant d'un service d'urgence.**

R.M.1	Les plannings actuels ne correspondent pas à l'organisation cible et leur présentation ne permet pas de connaitre les agents présents au sein du FAM, dans chaque unité : - L'organisation cible ne ressort pas des plannings, - Des tableaux de service sont établis mais avec des codes couleur correspondants à d'autres services, - Des agents non identifiés dans le tableau des effectifs sont présents dans les plannings sans précision de leur fonction et de leur diplôme	P.36	**Pre.8**	Réorganiser les plannings pour les rendre lisibles : - Compléter le lexique avec les codes couleurs, - Revoir les plannings par unité (appartement et accueil de jour) pour faire apparaitre tous les agents qui interviennent dans l'unité afin d'avoir la visibilité des agents présents et de s'assurer que les effectifs nécessaires sont présents par rapport à l'organisation cible, - Revoir la présentation pour mieux identifier les agents réellement présents, - Préciser le statut et les fonctions des agents, y compris de ceux qui ne relèvent pas des effectifs du FAM.	**3 mois** **Maintenue dans l'attente de la communication des nouveaux modèles de plannings.**
R.M.2	Les pommeaux de douche sont entartrés dans la chambre visitée, entrainant un risque de légionellose.	P.40	**Pre.9**	Vérifier tous les pommeaux de douche des chambres et les détartrer, pour éviter un risque de légionellose.	**Immédiat** **Maintenue dans l'attente de la vérification de l'ensemble des pommeaux de douche, en cours de réalisation.**
R.M.3	La présence simultanée de 3 supports différents pour le dossier de soins (Cariatides, ISTYA Parcours, dossier papier) complique la traçabilité des interventions.	P.56	**Pre.10**	Disposer d'un dossier de soins unique et partagé.	**Levée** **L'ARS prend acte qu'il ne subsistera, à compter de mi-décembre, que le logiciel « Istya parcours » pour l'émargement de la prise des traitements, le dépôt des résultats biologiques et et les comptes-rendus médicaux.**

Recommandations					
Remarques		Page du rapport	Libellé de la recommandation envisagée		Délai de mise en œuvre
R.1	Il n'y a pas d'affichage du service d'accueil téléphonique d'écoute et d'accompagnement en cas de maltraitance : 3977.	P.16	**Rec.1**	Afficher le numéro (3977) du service d'accueil téléphonique d'écoute et d'accompagnement en cas de maltraitance dans les locaux du FAM.	**Levée** **Le numéro (3977) du service d'accueil téléphonique d'écoute et d'accompagnement en cas de maltraitance est affiché dans les locaux du FAM.**
R.2	L'organigramme commun au FAM et au FAS est difficile de lecture : - Il n'identifie par les unités relevant de chaque structure (FAS ou FAM), - Les codes couleurs utilisés pour les chefs de service ne coïncident pas avec les services dont ils ont la charge, - Certains agents diffèrent de ceux indiqués dans le tableau des effectifs du FAM.	P.17	**Rec.2**	Mettre à jour l'organigramme commune au FAS et au FAM en : - Identifiant les unités relevant de chaque structure, - Mettant en corrélation les codes couleur des chefs de service avec les unités dont ils ont la charge, - Mettant à jour le personnel présent dans chaque structure	**Levée** **Veiller à mentionner une date de mise à jour sur l'organigramme.**
R.3	Le tableau de suivi des réclamations des usagers et de leur famille n'a pas été transmis.	P.26	**Rec.3**	Transmettre à l'ARS le tableau de suivi des réclamations	**Levée** **Un tableau de suivi des réclamations a été mis en place en octobre 2025, deux réclamations y sont enregistrées.**

R.4	Le formulaire des évènements indésirables (EI) est renseigné manuellement ou informatiquement puis envoyé par mail et retranscrit dans la base de données, ce qui ne permet pas une sécurisation des données.	P.26	**Rec.4**	Engager une réflexion sur la mise en place d'une base de données, permettant de sécuriser la transmission, de la renseigner directement, et d'éviter une double saisie.	**Maintenue** **Il est pris acte qu'une réflexion est engagée au niveau de l'association gestionnaire avec une date de démarrage prévisionnelle en janvier 2026 et un déploiement en 2027.** **Maintenue dans l'attente du déploiement d'une base de données.**
R.5	L'établissement n'indique pas la méthode utilisée pour réaliser une recherche approfondie des causes en cas d'évènement indésirable (CREX, RMM) et les plans d'actions qui en découlent ne sont pas intégrés au plan d'amélioration continue de la qualité.	P.27	**Rec.5**	En cas d'évènement indésirable, indiquer la méthode utilisée pour réaliser une recherche approfondie des causes. En l'absence de méthodologie, mettre en place des CREX ou des RMM et formaliser les mesures correctives en plan d'actions à intégrer à votre plan d'amélioration continue de la qualité.	**Levée** **Il est pris acte que la méthode utilisée par l'établissement pour réaliser une recherche approfondie des causes en cas d'évènement indésirable est la grille « ALARM ».**
R.6	La formalisation actuelle du plan bleu est source de risque, en cas de déclenchement du plan, en raison de : - La coexistence de 2 versions du plan bleu avec un nommage erroné pour l'un d'eux, - Une procédure d'évacuation qui ne comprend que les plans d'évacuation sans process détaillé, - Une fiche établissement qui n'est pas mise à jour depuis 2020, - Les coordonnées erronées de certaines autorités administratives à joindre en cas d'alerte (ARS, DDETS 67), - L'absence de référence aux formations du personnel aux situations sanitaires exceptionnelles.	P.28	**Rec.6**	Ne garder sur le réseau informatique de l'établissement que la dernière version du plan bleu (de 2024) et renommer le fichier pour éviter de le confondre avec un autre document (PCA). ors de la prochaine révision du plan bleu, le mettre à jour et le compléter : - Compléter l'annexe sur la procédure d'évacuation pour avoir le détail des actions à mener, et non uniquement les plans d'évacuation, - Corriger les coordonnées de l'ARS et de la DDETS 67, - Indiquer comment le personnel est formé aux situations sanitaires exceptionnelles.	**Levée** **Il ne subsiste plus, selon la copie écran transmise, qu'une seule version du plan Bleu (2024).** **6 mois** **Maintenue dans l'attente de la communication à l'ARS d'une version révisée du Plan Bleu tenant compte de l'ensemble des recommandations formulées.**

R.7	Les diplômes sont manquants pour 4 agents du FAM : 1 AS et 3 AMP/AES.	P.32	**Rec.7**	Transmettre les diplômes manquants pour les 4 agents du FAM (1 AS et 3 AMP/AES).	**1 mois** **Maintenue dans l'attente de la communication des diplômes dans un délai d'un mois.**
R.8	Les formations relatives à la bientraitance inscrites au plan de compétences 2025 sont indiquées comme non obligatoires et il n'est pas précisé le nom des participants, l'établissement de provenance et la réalisation effective de la formation.	P.39	**Rec.8**	Dans le prochain plan de compétences : - Rendre les formations relatives à la bientraitance obligatoires, - Préciser le nom des participants, l'établissement de référence, - Mettre à jour le plan en précisant la réalisation effective ou non de la formation prévue.	**6 mois** **Maintenue dans l'attente de la communication du prochain plan de formation.**
R.9	Des denrées alimentaires périmées se trouvent dans les salles de réserve.	P.40	**Rec.9**	Vérifier les dates de péremption de toutes les denrées alimentaires dans les différentes réserves de l'établissement, jeter les produits périmés et mettre en place un suivi des dates de péremption.	**Levée** **Il est pris acte de l'engagement de l'établissement quant à la vérification des dates de péremption de toutes les denrées alimentaires dans les différentes réserves de l'établissement et de la mise en place d'un suivi des dates de péremption.**
R.10	Des risques ont été identifiés concernant la sécurité des personnes dans les unités Les Flots et Le Chêne vert et dans le hall d'entrée : - Unité Les Flots : plante en pot en haut d'une étagère, marrons d'Inde accessibles, lampe sur un radiateur, réfrigérateur dans le couloir, - Unité Le Chêne vert : sortie de secours entravée, couloir encombré, épingles sur un tableau d'affichage, réfrigérateur dans le couloir, - Hall d'entrée : brancard douche entreposé.	P.42	**Rec.10**	Sécuriser les locaux des unités Les Flots et le Chêne vert, ainsi que le hall d'entrée en : - Retirant les objets dangereux (pot, marrons d'Inde, lampe, épingles), - Dégageant les couloirs et sorties de secours (brancards, fauteuils roulants…), - Déplaçant les réfrigérateurs, en lien avec les réflexions en cours.	**Levée** **Levée** **6 mois** **Maintenue dans l'attente de l'issue de la réflexion annoncée et en cours concernant le déplaçant des réfrigérateurs.**

R.11	Il n'y a pas de dispositif d'appel au niveau des chambres et des sanitaires.	P.43	**Rec.11**	Mettre en place un dispositif d'appel au niveau des chambres et des sanitaires.	**Levée** **Il est pris acte de la réflexion menée par l'établissement concluant à l'inadaptation d'un système d'appel au niveau des chambres et des sanitaires, de l'accompagnement lors des toilettes par un professionnel, et de la mise en place de babyphones pour certains avec leur consentement.**
R.12	Il n'y a pas de dispositif ou de procédure formalisée pour prévenir le risque de fugue.	P.43	**Rec.12**	Mettre en place un dispositif anti-fugue formalisé par un protocole.	**3 mois** **Maintenue dans l'attente**
R.13	Dans l'infirmerie, la table utilisée pour la préparation des médicaments n'est pas adaptée à l'activité de la salle de soins.	P.44	**Rec.13**	Installer un plan de travail adapté à la préparation des médicaments, avec un revêtement nettoyable.	**Levée** **Il est pris acte de la signature d'un devis prévoyant la commande d'un nouveau mobilier pour l'infirmerie, incluant 2 plans de travail.**
R.14	L'infirmerie est encombrée, notamment au sol, avec des risques de : - Contamination microbienne en l'absence d'un nettoyage efficace, - Altération de la qualité des produits et dispositifs entreposés (si le sol est mouillé par exemple), - Chute pour les usagers en raison de l'encombrement.	P.44	**Rec.14**	Ranger l'infirmerie pour ne plus laisser de matériel ou de produits au sol et sur les tables, si nécessaire en l'équipant d'un mobilier de rangement adapté.	**6 mois** **Maintenue** **Il est attendu un rangement de l'infirmerie, notamment s'agissant du matériel entreposé au sol, dans l'attente du mobilier de rangement commandé.**

R.15	Dans l'infirmerie, le lavabo ne permet pas un nettoyage des mains sans contact direct avec les robinetteries, ce qui entraine un risque de contamination des mains lors de son utilisation.	P.45	**Rec.15**	Pour le lavabo de l'infirmerie, mettre en place des dispositifs sans contact pour la distribution du savon liquide et l'écoulement de l'eau du robinet (ouverture/fermeture).	**6 mois** **Maintenue dans l'attente de la mise en place de dispositifs sans contact pour la distribution du savon liquide et l'écoulement de l'eau du robinet.**
R.16	La procédure de prise en compte de la douleur reste très théorique et n'est pas suffisamment opérationnelle.	P.57	**Rec.16**	Revoir la procédure de prise en compte de la douleur en la rendant plus opérationnelle (dépistage mensuel systématique de la douleur même sans changement apparent chez l'usager, indication des échelles de mesure utilisées en fonction des capacités cognitives de l'usager) et en précisant la conduite à tenir face à un usager douloureux (alerte de l'IDE, du médecin, délai, modalités de mise en route des traitements si besoin, et des prescriptions anticipées)	**6 mois** **Maintenue dans l'attente de la communication d'une procédure de prise en compte de la douleur révisée conformément aux recommandations formulées.**
R.17	Certains soignants nouvellement embauchés ou intervenant de façon ponctuelle ne peuvent pas valider les traitements délivrés dans Cariatides, faute de droits informatiques.	P.60	**Rec.17**	Donner des droits informatiques, dès la prise de poste, à tous les soignants intervenant pour valider les traitements distribués.	**Levée** **Il est pris acte qu'au courant du mois de novembre, la validation de la prise médicamenteuse se fera via un logiciel métier unique et que les professionnels pourront s'y connecter via leurs identifiants Windows.**
R.18	Le FAM n'a pas conventionné avec une structure d'hospitalisation à domicile (HAD), ni avec une équipe mobile d'hygiène (EMH).	P.61	**Rec.18**	Conventionner avec une structure d'hospitalisation à domicile et avec une équipe mobile d'hygiène.	**Levée** **Il est pris acte du rapprochement de l'établissement avec l'équipe mobile d'hygiène de Haguenau, en cours de restructuration, et qu'un prochain rapprochement est prévu au cours du 1er trimestre 2026.**