RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes

LA DRÔME — LE DÉPARTEMENT

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes
La direction générale

[redacted]

Le Département de la Drôme

[redacted]

Directeur général France
KORIAN
21-25 rue Balzac
75008 PARIS

Réf. : 2022-PMIEC-19

Lyon, 15 AVR. 2022

Objet : Notification de décision définitive suite à inspection par les services de l'Agence Régionale de Santé et du Conseil Départemental de la Drôme

Annexe : Tableau d'analyse des réponses à la procédure contradictoire et mesures correctives attendues

LRAR 1A 174 599 1758 2

Copie : Mme la directrice de l'EHPAD Drôme Provençale - Charols
AR 1A174599 17636

Monsieur le directeur général,

Une inspection diligentée à notre initiative au titre des articles L313-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles et L6116-1 du code de la santé publique s'est déroulée à l'EHPAD Korian Drôme Provençale situé 15 avenue du Midi, à Charols (26450), le 18 février dernier.

Nous vous avons fait parvenir par courrier du 7 mars 2022 le rapport d'inspection et vous avons demandé les mesures correctives envisagées afin de remédier aux non conformités et manquements constatés, en précisant les délais prévus de leur mise en œuvre.

Vous nous avez transmis votre réponse par courrier du 14 mars 2022.

Nous notons tout d'abord que vous n'avez pas formulé d'observations quant aux constats de la mission. Le rapport qui vous a été transmis le 7 mars 2022 est donc inchangé.

Nous prenons bonne note de l'ensemble des éléments de réponse que vous avez apporté pour remédier aux dysfonctionnements objectivés et nous prenons acte des engagements formulés dans le cadre de la procédure contradictoire.

Aussi, au terme de cette procédure et après examen approfondi de votre réponse, nous avons l'honneur de vous notifier notre décision définitive, identifiant les mesures correctives attendues.

Vous veillerez à mettre en œuvre l'ensemble de ces actions permettant de répondre aux écarts et remarques établis dans le rapport et vous attacherez en particulier à :

- Revenir dans les meilleurs délais au nombre maximum de résidents pouvant être accueillis sur la section personnes âgées dépendantes en hébergement complet, conformément aux termes de l'autorisation délivrée (arrêté 2016-7624 du 30/12/2016),

- Définir un plan de travaux concrets et un calendrier de réalisation pour améliorer les locaux et, si possible, diminuer le nombre de chambres doubles,
- Compléter le projet d'établissement 2022-2024 de manière à en faire un document de référence pour la qualité et l'adaptation de la prise en charge aux résidents accueillis, avec l'ensemble des aspects relatifs aux modes d'organisation et de fonctionnement de l'EHPAD. Dans ce cadre, il convient également de redonner toute leur place aux projets personnalisés des résidents
- En matière de ressources humaines, revoir certains fonctionnements actuels pour améliorer la sécurité et la continuité des prises en charge (personnel affecté aux UVP, limitation du fonctionnement en mode dégradé..)
- Enfin, renforcer le processus d'amélioration continue de la qualité (respect de votre obligation de signalement aux autorités de tutelle de tout dysfonctionnement grave, implication des personnels dans la déclaration des événements indésirables, leur analyse et la définition de mesures correctives…) et favoriser l'appropriation des procédures du groupe gestionnaire par les professionnels de terrain.

En outre, nous vous invitons vivement à présenter les conclusions de ce rapport ainsi que les mesures correctives au prochain conseil de la vie sociale de l'établissement.

Le suivi de la mise en œuvre des mesures correctives sera effectué par la Délégation départementale et les services du Conseil départemental de la Drôme.

Vous veillerez à leur transmettre d'ici six mois l'ensemble des éléments probants attestant de la mise en œuvre des actions correctives engagées.

La présente décision est susceptible de recours devant le tribunal administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa réception. Cette saisine du tribunal administratif peut se faire par la voie de l'application « Télérecours citoyen » sur le site www.telerecours.fr

Nous vous rappelons en outre que cette décision accompagnée du rapport d'inspection fait partie des documents administratifs communicables aux tiers au sens des articles L311-1 et L300-2 du code des relations entre le public et l'administration.

Enfin, nous avons bien pris note de votre souhait, exprimé dans votre courrier du 14 mars 2022, qu'une rencontre soit organisée avec vous à l'issue de ce plan de contrôles.

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

Le Directeur Général

[redacted]

Par délégation de la Présidente

[redacted]

EHPAD DROME PROVENCALE - CHAROLS (26450) - Inspection ARS/CD de la Drôme du 18/02/2022 - Décision définitive

N°	CONSTATS : Ecarts/Remarques	ELEMENTS DE REPONSE DE L'EHPAD	ANALYSE DE LA REPONSE CONCLUSION - MESURES CORRECTIVES ATTENDUES
ECARTS			
1	*Ecart n°1 : Même si le nombre total de résidents accueillis dans l'EHPAD est inférieur à la capacité totale autorisée, l'EHPAD dépasse la capacité autorisée pour l'unité "Personnes âgées dépendantes" (31 résidents vs 28 autorisés en hébergement permanent) ; en outre, le résident indiqué comme étant accueilli en hébergement temporaire ne relève pas de la clientèle autorisée pour ce type d'accueil et la durée de son séjour dépasse la durée communément admise en hébergement temporaire.*	Nous nous engageons à régulariser le nombre de résidents accueillis en hébergement permanent pour le secteur EHPAD (unité Les Glycines) afin de respecter la capacité autorisée de 28 places. Ainsi, dès la fin de prise en charge de 3 résidents de cette unité, nous respecterons accueillerons 28 personnes âgées conformément à notre autorisation. Concernant la personne accueillie au moment de l'inspection en hébergement temporaire mais rattachée à l'unité protégée Les Lavandes, nous nous engageons à changer son mode d'admission pour régulariser la situation. Ainsi, dès l'accord de la famille, cette personne sera accueillie en hébergement permanent au sein de l'unité protégée Les Lavandes.	Il est pris acte de l'engagement de l'établissement à revenir à la capacité autorisée pour chaque secteur de prise en charge et à respecter les termes de l'autorisation délivrée. Aucune nouvelle admission en HC sur l'unité Les Glycines (personnes âgées dépendantes) ne pourra donc se faire avant le retour à une capacité inférieure à 28 résidents. Une modification est à apporter au projet d'établissement et aux divers documents de présentation de l'établissement sur la capacité autorisée sur chaque section et type d'accueil (HC / HT) : 28 HC + 4 HT pour l'unité Glycines. **Ecart n°1 maintenu** **> <u>Mesures correctives attendues</u>** **- Revenir à la capacité maximale autorisée pour chaque secteur et mode d'hébergement (maximum de 28 résidents HC dans l'unité Glycines)** **- Respecter la durée habituelle de séjour de l'hébergement temporaire et la clientèle autorisée pour ce type de séjours** **- Préciser, dans le projet d'établissement, la répartition HC/HT des lits de l'unité Les Glycines telle qu'elle est prévue dans l'autorisation**
2	*Ecart n°2 : Le projet d'établissement est peu explicite sur les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'établissement (article L311-8 CASF), il ne fait pas référence à un projet général de soins définisssant notamment les mesures propres à assurer les soins palliatifs (article D311-38 CASF) et ne prévoit pas les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'accueil temporaire (article D 312-9 CASF).*	Le projet d'établissement qui vous a été communiqué pendant l'inspection sera effectivement complété : d'un projet général de soins mais également de projets de soins spécifiques portant sur les unités protégées, l'hébergement temporaire et les soins palliatifs. Ces éléments étaient bien présents dans le projet d'établissement 2014-2018 (joint), ils seront actualisés et retravaillés avec les équipes pour être adaptés aux profils des résidents accueillis. Le médecin coordonnateur a d'ores et déjà commencé à travailler sur le projet de soins général (joint) et des politiques générales portant sur les soins palliatifs et la fin de vie et la douleur existent et sont connus des professionnels (jointes). Nous nous engageons à finaliser le projet de soins général et les projets de soins spécifiques pour la fin du 1er semestre 2022. Annexe 1 - Projet établissement 2014-2018 Annexe 2 - Projet de soins (version de travail) Annexe 3 - Politiques (soins palliatifs et prise en charge de la douleur)	Il est pris acte de l'engagement de l'établissement à compléter le projet d'établissement 2022-2024 par un projet de soins et des projets spécifiques sur les unités protégées et hébergement temporaire. Le projet d'établissement doit être plus précis sur les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'établissement et répondre aux attendus de l'article L311-8 CASF sur son contenu et ses modalités d'élaboration associant personnels et usagers. Un plan d'actions concrètes doit compléter le projet d'établissement (cf. conclusion du rapport d'inspection). **Ecart n°2 maintenu** **> <u>Mesures correctives attendues</u>** **- Compléter le Projet d'établissement : projet de soins, projets spécifiques sur les unités protégées et hébergement temporaire, attendus de l'article L311-8 CASF, plan d'actions concrètes...** **- Consulter le Conseil de la vie sociale avant adoption**

3	*Ecart n°3 : Les deux événements survenus début 2022 évoqués en entretien non pas été signalés sur le portail national des signalements, conformément à l'obligation légale (article L1413-14 du CSP, article L331-8-1 du CASF) : déclarations à faire.*	L'évenement indésirable lié à la chute du résident a été signalé sur le portail national des signalements le 11 février 2022 (cf. le formulaire de signalement joint). L'événement indésirable lié à l'erreur médicamenteuse n'a pas pu être déclaré sur le le portail national des signalements compte tenu du fait que le résident n'a pas été hospitalisé et n'est pas décédé. Cependant, nous prenons acte de l'écart constaté et nous nous engageons à : - réaliser des sessions de sensibilisation auprès des professionnels concernant la déclaration des EI et EIG (annexe 5). - poursuivre la remise à l'arrivée au sein de l'établissement de tous salariés du mémo d'alerte et l'affichage de la fiche réflexe "LES RÈGLES D'OR DE L'EIG" dans l'infirmerie et les salles de transmissions (annexe 6) afin qu'ils disposent de tous les outils pour identifier et déclarer les EI et EIG. Annexe 4 - Formulaire de signalement Annexe 5 - Note Réunion sensibilisation EI-EIG mars 2022 + planning des ateliers de sensibilisation 2022 Annexe 6 - La fiche réflexe " LES RÈGLES D'OR DE L'EIG " et mémo d'alerte	Le formulaire de signalement de l'EI relatif à la fracture décelée plusieurs jours après la chute d'un résident en date du 11/02/2022 n'a pas été, à la date du 16/03/2022, reçu par l'ARS (copie du mail de transmission non communiquée), et l'information donnée en inspection le 18/02/2022 n'indiquait pas cette transmission. La réponse relative au motif de non déclaration de l'événement relatif à l'erreur médicamenteuse n'est pas recevable. Les autorités de tutelle doivent être informées des erreurs médicamenteuses conformément à la définition des dysfonctionnements à déclarer donnée par l'article L331-8-1 du CASF et par l'arrêté du 28/12/2016 qui indique la nature des événements concernés par cette information (article 1, 4° : Accident ou incident lié à une erreur ou à un défaut de soin ou de surveillance). Cet événement est à déclarer à l'ARS avec description des mesures correctives mises en place. Pour chacun de ces énévements, il est important qu'une analyse des causes soit menée en interne à l'établissement et que des actions soient définies pour éviter tout risque de reproduction. Il est par ailleurs pris note des réunions de sensibilisation des personnels à la question du signalement des événements indésirables. **Ecart n°3 maintenu** **> <u>Mesures correctives attendues</u>** **- Procéder au signalement de l'événement relatif à l'erreur médicamenteuse de janvier 2022 dans les meilleurs délais** **- Réaliser une analyse collective de l'événement survenu et définir un plan d'actions en conséquence pour ces deux situations (ces éléments seront à transmettre dans le cadre de l'instruction de ces 2 EIG)** **- Veiller à respecter l'obligation d'information des autorités de tutelle de tout dysfonctionnement grave (article L331-8-1 CASF) et de déclaration au directeur général de l'ARS de tout événement qualifié d'EIGS (article L1413-14 du CSP).**
4	*Ecart n°4 : L'absence d'élaboration ou d'actualisation des projets individuels d'accompagnement n'est pas conforme aux attendus de l'article L311-3 du CASF et aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles (fiche repère HAS/ANESM : Le projet personnalisé : une dynamique du parcours d'accompagnement – octobre 2018).*	Le manque d'élaboration (et d'actualisation) des projets individuels d'accompagnement a été identifié. Afin d'y remédier, un indicateur a été créé (pour l'ensemble des EHPAD Korian) en 2021 permettant de faire un état des lieux, de définir les actions à déployer et d'en suivre l'évolution. L'objectif étant d'atteindre 100% d'élaboration et d'actualisation des projets individuels. Nous pouvons d'ores et déjà constater une évolution positive pour notre établissement : en mars 2021, le taux d'élaboration était de 3% (la crise COVID ayant rendu très difficile leur réalisation) mais nous sommes au mois de mars 2022 à 31%. Nous allons poursuivre pour renforcer cette évolution. C'est d'ailleurs un objectif défini dans notre RAMA (en cours d'élaboration et qui vous sera transmis au mois de mai 2022) : reprise des PVI de façon globale. Annexe 7 - Suivi de l'indicateur élaboration des projets individuels d'accompagnement 2021-2022	Les éléments transmis attestent du taux de 31% avec 14 projets personnalisés élaborés au 14/03/2022 (à noter que le calcul est fait sur 45 résidents alors que l'établissement en accueille 50, soit un taux en réalité plus proche de 28%). Ce taux est stable, voire en diminution, depuis juillet 2021. Il est pris note de l'objectif poursuivi (100% de projets élaborés et/ou actualisé) mais il n'est pas indiqué le délai fixé pour l'atteindre. **Ecart n°4 maintenu** **> <u>Mesures correctives attendues</u>** **- Tendre vers l'objectif de 100% de projets personnalisés élaborés ou actualisés d'ici fin 2022** **- Rappeler l'importance du projet personnalisé dans le projet de prise en charge de l'EHPAD (projet de soins, projet d'établissement)**

5	*Ecart n°5 : Le poste de médecin coordonnateur n'est pas pourvu à hauteur du temps réglementaire fixé à 0.5 ETP par l'article D 312-156 du CASF.*	Le MEDEC est actuellement à 0,4 ETP au sein de l'EHPAD Korian Drôme Provençale et à 0,6 ETP dans un établissement Korian voisin. Il n'est donc pas possible pour lui d'exercer à 0,5 ETP au sein de notre établissement. Néanmoins le proximité des deux établissements permet une disponibilité tous les jours de la semaine. Des démarches de recrutement sont en cours : > l'annonce a été publiée sur différents sites professionnels, des cabinets de recrutement ont été mobilisés ([redacted] : un seul candidat nous a été présenté mais sans compétence en coordination et sans volonté de se former. > la cellule sourcing du groupe a contacté 161 médecins généralistes et 10 gériatres du département sans retour ou non intéressés. > De plus, le Dr [redacted] a sollicité son réseau mais n'a pas eu de réponse positive. Malgré ces nombreuses démarches, nous n'avons aujourd'hui pas de candidats nous permettant de répondre à l'obligation réglementaire de 0,5 ETP. Annexe 8 - Rapports de mission d'[redacted] pour illustrer les difficultés rencontrées pour recruter.	Il est pris acte des informations communiquées par l'établissement notamment sur les démarches de recrutement en cours. **Ecart n°5 maintenu** **> <u>Mesure corrective attendue</u>** **- Chercher des solutions pour augmenter le temps de travail du médecin coordonnateur**
6	*Ecart n°6 : Le projet general de soins dont l'élaboration relève de la responsabilité du médecin coordonnateur n'a pas été élaboré, ce qui contrevient à l'article D312-158 – 1° du CASF.*	Le projet de soins n'est pas finalisé mais est en cours de travail par le Dr [redacted] (cf. annexe 2). Nous nous engageons à le finaliser pour la fin du 1er semetre 2022. Annexe 2 - Projet de soins (version de travail)	Il est pris note de l'engagement de l'établissement à finaliser le projet général de soins d'ici la fin du 1er semestre 2022. A ce stade de sa rédaction, le document transmis (version de travail en date du 11/02/2022) se présente plutôt comme un rapport d'activité médicale 2021 que comme un document posant les axes stratégiques et les modalités de l'organisation des soins et du travail en pluridisciplinarité, avec des objectifs sur la prise en charge en soins et risques gériatriques, des indicateurs définis et des moyens pour y parvenir. La prise en charge des unités protégées, et tout particulièrement l'unité Lavandes qui accueille des pathologies neurologiques évolutives et troubles du comportement productifs, sont à décliner ainsi que les modalités de cohabitation des résidents. **Ecart n°6 maintenu** **> <u>Mesure corrective attendue</u>** **- Elaborer le projet général de soins selon le délai indiqué (30/06/2022) et l'intégrer dans le projet d'établissement 2022-2024**
REMARQUES			
1	*Remarque n°1 : L'établissement est actuellement en sous occupation par rapport à la capacité autorisée.*	L'établissement a été fortement impacté par la crise sanitaire et continue d'en subir les conséquences : il y a eu peu d'admission de nouveaux résidents en 2020 et 2021 et de nombreux décès (au 1er trimestre 2021, nous avons eu a déplorer 18 décès). L'activité a dû mal à reprendre normalement. Cependant, l'accalmie dans l'épidémie va nous permettre de recontacter notre réseau externe.	

2	*Remarque n°2 : L'un des personnels rencontrés en entretien ne connaissait pas le dispositif de déclaration des EI, ce qui interroge sur les informations données aux professionnels à leur arrivée dans l'établissement.*	Comme indiqué précédemment (écart n°3), nous nous engageons à - réaliser des sessions de sensibilisation auprès des professionnels concernant la déclaration des EI et EIG (annexe 5). - poursuivre la remise à l'arrivée au sein de l'établissement de tous salariés du mémo d'alerte et l'affichage de la fiche réflexe "LES RÈGLES D'OR DE L'EIG" dans l'infirmerie et les salles de transmissions (annexe 6) afin qu'ils disposent de tous les outils pour identifier et déclarer les EI et EIG. Annexe 5 - Note Réunion sensibilisation EI-EIG mars 2022 + planning des ateliers de sensibilisation 2022 Annexe 6 - La fiche réflexe " LES RÈGLES D'OR DE L'EIG " et mémo d'alerte	Il est pris acte des actions de sensibilisation prévues envers les personnels sur le signalement des EI et EIG. Ce point d'attention doit également être porté dans les modalités d'accueil des nouveaux salariés ou des professionnels vacataires ou intérimaires. **Remarque n°2 maintenue** **> <u>Mesures correctives attendues</u>** **- Sensibiliser <u>l'ensemble</u> <u>des</u> <u>personnels</u> à l'intérêt d'une déclaration la plus exhaustive possible des EI dans l'approche qualitative de la prise en charge des résidents, et à l'utilisation des outils mis en place à cette fin** **- Constater une évolution du nombre de fiches d'EI réalisées dans l'EHPAD** **- Associer les personnels à la gestion des EI**
3	*Remarque n°3 : L'absence simultanée de la directrice et de la directrice adjointe sur un même jour ouvrable contrevient à la continuité de la direction, alors assurée par l'IDE coordinatrice sans désignation officielle ni délégation; cette organisation est susceptible d'interférer dans la prise en charge des résidents en mobilisant possiblement l'IDE coordinatrice sur des tâches supplémentaires.*	Les situations d'absence conjointe de la directrice et de la directrice adjointe sont exceptionnelles. En l'espèce, la directrice adjointe était présente sur site le samedi et bénéficiait donc d'une journée de récupération ; la directrice était en congé. Par ailleurs, dans ces situations exceptionnelles, les équipes de l'établissement peuvent contacter : la direction régionale, le responsable ressources humaines régional, la responsable qualité opérationnelle et le gestionnaire de parc. Ils peuvent également faire appel à la permanence nationale pour les EI et EIG. L'IDEC n'est donc pas la seule personne ressource à laquelle peuvent faire appels les collaborateurs.	La possibilité de contacter différentes personnes du groupe gestionnaire, en l'absence de la directrice et de la directrice adjointe, n'est pas mentionnée dans les documents remis à la mission le jour de l'inspection (seule la procédure "relais téléphonique" a été remise en matière d'organisation de la continuité de la direction). Le constat fait dans la remarque 3 est maintenu : ce point de fragilité relève de la responsabilité propre du gestionnaire. **Remarque n°3 maintenue**
4	*Remarque n°4 : L'organisation mise en place selon laquelle la prise en charge de l'unité Lilas à partir de 6h30 n'est pas systématiquement assurée par un aide-soignant présent dans l'unité et spécifiquement dédié à cette unité interroge du fait de la typologie des résidents accueillis ("Alzheimer ou maladies apparentées") et de sa localisation à distance des deux autres unités (niveau R-1).*	L'organisation mise en place la nuit pour 62 résidents est la suivante : présence sur site de 2 ASD qualifié et 1 ASH. Lorsque nous avons moins de résidents, l'organisation est adaptée : actuellement, le personnel soignant du matin arrive à 6h30 et commence par se rendre dans l'unité Les Lilas pour effectuer une 1ère surveillance. Le relais est pris à 7h30 par l'ASD de l'unité.	La réponse apportée ne permet pas de revenir sur la remarque énoncée : à l'exception d'un "tour de surveillance" dans l'unité Lilas par l'AS affectée aux Glycines, à 6h40-6h45 puis à 7h05-7h10 (cf. fiche de tâches AS -SG1), aucune présence aide-soignante n'est assurée sur cette unité protégée jusqu'à l'arrivée de l'AS de l'unité Lilas soit à 7h30 (14 fois en février 2022) soit à 8h30 (7 fois en février 2022) : ces éléments, non contestés en réponse à la transmisison du rapport d'inspection, objectivent un temps de fragilité dans la prise en charge des résidents de cette unité située en R-1 en tout début de matinée, pouvant correspondre au moment du réveil de certains résidents. [A noter que l'ASH de l'unité Lilas prend son poste à 7h30.] Cette organisation va à l'encontre du "projet de vie propre aux unités spécialisées" présenté dans le projet d'établissement 2014-2018 (seule référence possible puisque le PE 2022-2024 est actuellement muet sur la prise en charge en unités protégées) qui précise justement que "*La présence d'une aide-soignante est nécessaire tout au long de la journée de 6h30 à 20h30*." **Remarque n°4 maintenue** **> <u>Mesure corrective attendue</u>** **- Revoir l'organisation des équipes pour couvrir l'unité protégée Lilas par une présence aide-soignante sur toute la durée de la journée (6h30-20h30) selon le projet de prise en charge défini.**

5	***Remarque n°5 :*** *Les nouveaux plannings avec une codification non explicite des horaires sont de lecture difficile et plus particulièrement pour le planning de nuit.*	Vous trouverez ci-joint un planning plus explicite. Annexe 9 - Planning	Le document transmis n'est pas un planning mais les codes utilisés pour les plannings, déjà communiqués lors de l'inspection sur place. Les constats énoncés dans le rapport d'inspection et dans la remarque notifiée sont maintenus : le planning papier remis ne correspond pas aux effectifs réellement présents la nuit (ex. 5 personnels présents le 2/02/20222, 4 le 4/02/2022 d'après les codes indiqués sur le planning papier et la légende communiquée....). **Remarque n°5 maintenue** **<u>> Mesure corrective attendue</u>** **- Présenter des plannings conformes à l'organisation des présences définie et lisibles par tous les professionnels concernés.**
6	***Remarque n°6 :*** *Le nombre de nuits où la présence est assurée par une équipe réduite à 2 salariés est majoritaire sur le mois de février 2022, ce qui constitue une fragilité étant donnée la configuration de l'établissement et le niveau de dépendance des résidents accueillis.*	L'organisation mise en place la nuit pour 62 résidents est la suivante : présence sur site de 2 ASD qualifié et 1 ASH. Lorsque nous avons moins de résidents, l'organisation est adaptée : actuellement, il y a donc effectivement 1 ASD et 1 ASH.	Les constats du rapport sont maintenues. **Remarque n°6 maintenue** **> <u>Mesure corrective attendue</u> : voir infra réponse R 8**
7	***Remarque n°7 :*** *Il n'a pas été fait état de l'existence d'une procédure expliquant les modalités d'accompagnement et de sécurisation de la prise de poste des agents remplaçants, alors que le recours à l'intérim est pratiqué régulièrement.*	Vous trouverez ci-joint la procédure expliquant les modalités d'accompagnement et de sécurisation de la prise de poste des agents remplaçants. Annexe 10 - Procédure accueil des collaborateurs occasionnels	La procédure communiquée (V1, rédigée par la directrice et la directrice adjointe de l'EHPAD Drome provençale le 10/01/2022 vraissemblablement à partir d'un document pré-existant (EHPAD Claude Debussy) a été approuvée par la direction régionale KORIAN le 25/02/2022. Le document est peu précis sur la personne en charge de la communication des informations au nouveau salarié (ex. "dans un second temps, il est remis au salarié les outils suivants ..." Rôle de l'IDEC ?) et certains éléments ne sont pas indiqués (ex. remise du livret accueil salarié). Les éléments relatifs à la politique qualité et déclaration des dysfonctionnements et EI n'y figurent pas (sauf à être précisé dans le livret d'accueil, non communiqué). **Remarque n°7 levée** étant donnée la procédure récente produite, toutefois : > **<u>Mesure corrective attendue</u>** **- Evaluer l'opérationnalité de la procédure "Accueil des collaborateurs occasionnels" dans sa mise en oeuvre dans l'EHPAD Drôme Provençale et apporter les adaptations si nécessaires pour garantir la délivrance de toutes les informations utiles à tout nouveau salarié de l'établissement.**
8	***Remarque n° 8 :*** *la fiche de tâches des personnels de nuit n'explicite pas l'organisation en mode dégradé lorsque la présence aide-soignante est limitée à un professionnel, alors que ce cas de figure se produit régulièrement.* *+Rappel Remarque n°6*	L'organisation mise en place la nuit pour 62 résidents est la suivante : présence sur site de 2 ASD qualifié et 1 ASH. Lorsque nous avons moins de résidents, l'organisation est adaptée : actuellement, il y a donc effectivement 1 ASD et 1 ASH. Vous trouverez ci-joints les fiches de tâche des personnels de nuit explicitant l'organisation en mode dégradé. Ces fiches de tâche sont connus des professionnels. Annexe 11 - Fiches de tâches des personnels de nuit y compris en mode dégradée	Des fiches de tâches "AS de nuit - Equipe de 2 - Dégradé" et "ASH de nuit - Equipe de 2 - Dégradé" ont été transmises : ces documents sont datés du 1/09/2021 (Version 3), ne sont ni signés, ni vérifiés, ni approuvés; Ils comportent en outre diverses coquilles dans la rédaction et des incohérences sur les tâches à réaliser (ex : ASH : 20h45 : 1er tout de surveillance avec l'AS, mais dès 21h : nettoyage ascenseur, puis ménage parties communes, ménage Lavandes pendant la pause de l'AS ...). Il est remarqué que l'ensemble des tâches prévues dans le fonctionnement à 3 (2 ASD + 1 ASH) n'est pas retrouvé dans le fonctionnement à 2 (1 AS + 1 ASH) notamment les tâches de ménage sur la nuit profonde, sans information du report de ces tâches sur d'autres postes en journée. Les horaires des personnels de nuit sont, dans ce mode d'organisation à 1 AS + 1 ASH, tous deux de 20h30 à 6h30, ce qui signifie que les temps de relèves ne sont pas possibles dans le temps de travail des agents : - Relève du soir avec l'AS S3G qui part à 20h30 : identifié dans la fiche de tâches "AS Nuit mode dégradé" avant le changement de tenue prévu à 20h30, donc hors temps de travail et pas de possibilité de relève avec l'IDE puisqu'il n'y a plus d'IDE présente à partir de 20h00. A noter que la fiche de tâche IDE TB (8h00-20h00) prévoit un temps de transmission à 19h45 avec AS de nuit qui arrve à 19h30, ce qui est donc impossible lorsqu'il n'y a pas d'AS de nuit dès 19h30 - Relève du matin avec l'AS SG1 et AS SL1 qui arrivent à 6h30 : noté dans la fiche de poste AS de nuit mode dégradé à 6h30, soit en même temps que le départ. Une "fiche Mode dégradé AS" rédigée le 11/03/2022 (V1) mais ni signée, ni vérifiée, ni approuvée précise l'organisation retenue - en cas d'absence d'1 des 2 AS de jour arrivant à 6h30 : l'un des personnels de nuit a l'obligation de rester jusqu'à 7h30 - en cas d'absence de l'AS G3 présente jusqu'à 20h30 : demander à l'AS de nuit de venir plus tôt pour aider aux couchers - en cas d'absence de nuit : il est rappelé que l'AS ou l'ASH de jour ne peut en aucun cas quitter son poste sans s'assurer de la présence du personnel de nuit, et il est renvoyé à une "procédure Organisation des soins en mode dégradé" (non transmise).

			L'ensemble de ces dispositions sont de nature à renforcer le constat énoncé dans le rapport d'inspection, à savoir que l'organisation en mode dégradé (2 personnels présents la nuit) est non satisfaisante : elle ne permet pas d'assurer correctement les temps de transmission avec les équipes de jour autant le soir que le matin et aucune transmisison IDE n'est possible avant la nuit, elle ne permet pas d'assurer l'ensemble des tâches prévues normalement (sauf à ne pas respecter les fiches de tâches rédigées), elle soumet possiblement les personnels concernés à un poste de travail lourd et à des horaires dont l'amplitude n'est pas réglementaire (supérieure à 12h) en cas d'absence de personnel de jour, le fonctionnement en cas d'absence de la seule AS de nuit n'est pas précisée dans les documents transmis. **Remarque n°8 maintenue** **<u>Mesures correctives attendues :</u>** **- Revoir l'organisation de l'équipe de nuit et ses consignes de travail pour remédier aux failles identifiées dans le fonctionnement en mode dégradé à 1 AS + 1 ASH la nuit** **- Sécuriser et garantir l'opérationnalité des documents de procédure interne à l'EHPAD Drôme Provençale par une vérification et une approbation en bonne et due forme.**
9	*Remarque n° 9 : Les IDE ne disposent pas encore de fiches de tâches ce qui prive les professionnels d'un document de cadrage de leurs activités de soins et constitue un manque notamment pour les professionnels remplaçants ou intérimaires lors de leur prise de poste.*	Vous trouverez ci-joint les fiches de tâches des professionnels. Celles-ci sont accessibles par l'ensemble des professionnels. Annexe 12 - Fiches de tâches des professionnels.	Des documents intitulés "fiche de tâche IDE TA", "fiche de tâches IDE TB" et "fiche de poste IDE mode dégradé" en Version 2 ont été transmis. Non disponibles au moment de l'inspection, ils ont été élaborés à une date manifestement erronée (11/09/2022), et ne sont ni signés, ni vérifiés, ni approuvés. **Remarque n°9 maintenue** (documents fournis non validés) **<u>Mesure corrective attendue</u> :** **cf. ci dessus sur la sécurisation des documents de procédures internes.**
10	*Remarque n° 10 : Il n'existe pas de relève à proprement parler organisée entre les professionnels en charge des résidents, sur un temps et un lieu précisément définis le soir et le matin, ce qui peut nuire à la transmission des informations importantes relatives aux résidents et au partage d'informations au sein de l'équipe.*	Les fiches de tâches des professionnels prévoient bien différents temps de transmission (annexe 12) tant orales qu'écrites (via le logiciel NetSoins). Annexe 12 - Fiches de tâches des professionnels.	De nouvelles versions des fiches de tâches des personnels ont été transmises, comprenant quelques modifications par rapport à celle remise à la misison sur place. Le temps de relève avec l'AS de nuit est bien indiqué dans la fiche des AS prenant leur poste à 6h30 mais il a été constaté plus haut que cette relève n'était pas possible dans les horaires actuels de l'équipe de nuit (départ à 6h30 si nuit à 2 personnes - cf. supra). De même, le temps de relève indiqué de 19h55 à 20h05 dans la fiche de tâches de l'AS G3 n'est pas possible puisque l'AS de nuit arrive à 20h30 (nuit à 2 personnes). De plus, les entretiens ont indiqué le caractère informel des informations transmises oralement entre équipe, et l'établissement n'apporte pas d'éléments nouveaux actant un changement de pratique sur ce point. Il est noté la relève maintenant indiquée, dans les fiches de tâches, entre l'AS de nuit et IDE à 19h45 à l'infirmerie, mais sur ce point voir les limites déjà énoncées quant à la faisabilité de cette consigne. **Remarque n°10 maintenue** **<u>Mesure corrective attendue</u>** **- Instaurer un temps de relève systématique entre équipes, matin et soir, compatible avec les horaires de travail des salariés pour en garantir l'effectivité.**
11	*Remarque n°11 : Le PV de la dernière visite de la commission de sécurité n'était pas affiché à l'accueil de l'établissement.*	Le dernier PV de la commission de sécurité a été affiché dès que la mission d'inspection nous a signalé ce manquement (en début d'après-midi le 18/02/2022). Annexe 13 - Photgraphie de l'affichage du PV de commission de sécurité	L'affichage du PV de la commission de sécurité est acté. **Remarque n°11 levée**

12 13 14 15	*Remarque n°12 : Les locaux présentent un certain nombre de défauts :* *- Peintures écaillées* *- Equipement mobilier ancien peu adapté (placards...)* *- Odeur persistante d'égouts dans des locaux du rez de jardin* *- Portes ne fermant pas toutes à clef* *- Absence de rangement dans les SDB* *- Absence de siège de douche muraux rabattables* *- Abs d'intimité dans les chambres doubles.* *Remarque n°13 : Les conditions de confort de l'hébergement sont inégales pour les résidents selon la localisation de leur chambre.* *Remarque n°14 : La proportion de chambres double est importante pour un établissement privé aux tarifs supérieurs à la moyenne départementale.* *Remarque n°15 : La présence de chambres doubles en UP pose question compte tenu des troubles du comportement de la population accueillie, et ne va pas dans le sens des recommandations de bonnes pratiques professionnelles énoncées pour la prise en charge des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée qui préconisent un espace privatif permettant l'intimité dans un cadre de vie chaleureux et protecteur (RBBP ANESM février 2009).*	Des travaux d'embellissement ont d'ores et déjà étaient réalisés en 2021 pour une UVP. Nous souhaitons poursuivre cette dynamique afin d'apporter un meilleur confort aux résidents. Dans cette perspective, un projet de construction d'une extension permettant de dédoubler les chambres doubles de l'établissement est à l'étude par la direction immobilière du groupe. Une visite sur site aura lieu au mois de mars et une faisabilité sera arrêtée au mois d'avril. Ces traavux permettraient également de créer de nouvelles salle d'activité et de soins. A noter que la problématique des odeurs a été réglée par le prestataire suite à un défaut sur les appareils. Les travaux représentent un investissement conséquents que l'établissement a commencé à engager en rénovant une UVP. Nous souhaitons poursuivre cette dynamique, la faisabilité de nouveaux travaux est à l'étude. Nous aurons une meilleure visibilité au mois d'avril, à l'issue de l'analyse réalisée par la direction immobilière. La direction immobilière du groupe étudie la possibilité de construire une extension au bâtiment existant afin de dédoubler les chambres doubles actuelles, la priorité sera donnée aux chambres doubles des unités protégées qui seront installées dans l'extension qui sera construite. Nous aurons une faisabilité au mois d'avril. Ce projet a été évoqué lors du COPIL CPOM ARS/CD au début du mois.	Il est pris acte qu'une étude de faisabilité pour projet d'extension du bâtiment est à l'étude, avec conclusion attendue pour avril 2022. Il est pris note de l'information donnée sur la résolution du problème d'odeurs d'égouts, mais celle-ci est imprécise (quelle cause, quel prestataire, quels appareils concernés ?). L'ensemble des défauts relevés n'a pas fait l'objet de réponse (absence d'équipements dans les salles de bain y compris dans la partie rénovée, état du local lingerie...). L'établissement n'a pas non plus indiqué le délai de réponse à l'ARS sur les prescriptions et recommandations énoncées suite à l'inspection relative aux risques bâtimentaires d'octobre 2018 (cf. conclusion du rapport d'inspection du 2/03/2022). **Remarques n°12, 13, 14, 15 maintenues** **<u>Mesures correctives attendues</u>** **- Communiquer aux autorités de tutelle la conclusion de l'étude de faisabilité du projet d'extension et la décision prise par le gestionnaire en matière de travaux (extension, rénovation, entretiens et amélioration des locaux...) avec le calendrier de réalisation** **- Apporter les éléments garantissant la résolution du problème d'odeurs dans le hall du R-1** **- Apporter les réponses attendues par l'ARS suite à l'inspection sur les risques bâtimentaires d'octobre 2018 (courrier du 14/01/2020).**
16	*Remarque n°16 : L'intimité des personnes dans les chambres doubles n'est pas préservée.*	Nous avons essayé plusieurs solutions (paravents et rideaux) pour mieux protéger l'intimité des résidents en chambre double. Cependant, au regard de la population accueillie (niveau de dépendance et troubles cognitifs), ces sytèmes ne permettent pas de garantir la sécurité des résidents, les risques de chute sont trop importants. Le matériel est néanmoins présent au sein de l'établissement et peut être installé dès que la situation le permet.	Le système de préservation de l'intimité par un rideau pouvant être tiré entre les 2 lits d'une chambre double ne présente pas de risque particulier de chute et peut être envisagé chaque fois que possible selon le profil des résidents. **Remarque n°16 maintenue** **<u>Mesures correctives attendues :</u>** **- Les moyens de préservation de l'intimité des personnes notamment dans les chambres doubles sont à prendre en compte dans le plan de travaux de l'établissement.** **- La possibilité de préserver l'intimité de chaque résident en chambre double doit leur être proposée chaque fois que possible.**
17	*Remarque n°17 : La garantie d'un délai de réponse court pour les 2 chambres de l'unité Les Glycines situées au rez-de jardin n'a pu être vérifiée : réponse à apporter par l'établissement.*	Le délai de réponse aux sonnettes des chambres des Glycines est le même que le reste de l'établissement malgré la localisation. Les appels passent sur tous les bips et l'ASDE des Lilas peut se rendre rapidement auprès des résidents des Glycines. Nous réalisons par ailleurs régulièrement des auto-contrôles de temps de réponse aux sonnettes. Annexe 14 - Vérification temps de réponse aux sonnettes des Glycines (plusieurs dates vous sont communiquées sur le mois de février).	Les quelques mesures du temps de réponse aux sonnettes de la chambre 11 transmises sur février 2022 montrent un délai de réponse compris entre 1'58 et 16'59 (16 répétitions). Il est regrettable que l'intervenant ne soit pas identifié dans les relevés, afin de constater si la réponse est assurée par l'AS des Glycines ou celui des Lilas et en tirer des enseignements en termes d'opérationnalité et de détermination du personnel devant assurer cette tâche. Il relève de la responsabilité de l'établissement d'approfondir cette question d'organisation de la prise en charge des résidents. Le délai de réponse indiqué à près de 17' ne peut être qualifié de "court". **Remarque n°17 maintenue** (délai de réponse court non garanti) **<u>Mesure corrective attendue</u> :** **- Formaliser clairement quel personnel à la charge de répondre aux sonnettes des 2 chambres de l'unité Glycines installées en rez de jardin pour garantir un délai de réponse compatible avec la sécurité des résidents.**

18	***Remarque n°18 :*** *La justification de la majoration du tarif journalier appliquée pour les séjours de moins de 6 mois n'est pas expliquée.*	Cette majoration s'explique par trois éléments : - L'accompagnement : Tout séjour en établissement demande un accompagnement individuel à l'entrée : mise en place d'un bilan, rencontre avec les équipes, familiarisation et intégration par les équipes des besoins / envies du résident, etc... Dans le cas d'un séjour permanent, cet accompagnement est lissé dans le temps. Au contraire, cet accompagnement est réalisé dans un temps plus court pour une entrée en court-séjour et demande ainsi une disponibilité plus forte des équipes. De la même façon, la charge administrative (élevée lors de l'entrée / sortie) ne peut être lissée dans le temps. - La souplesse de ce dispositif Un court-séjour se caractérise par une date de fin de séjour fixée en amont. Cependant nous garantissons la disponibilité de leur chambre en cas d'un besoin de prolongation de leur séjour. Cette souplesse et cette garantie sont donc valorisées dans le tarif. - Le présence de frais supplémentaire d'entretien Entre chaque résident, nous demandons que la chambre soit remise en état pour accueillir un nouveau résident dans les meilleurs conditions possibles. Avec des courts-séjours, ces frais sont donc plus courant.	**Remarque n°18 levée**, toutefois : Bien que la tarification hébergement relève de la responsabilité propre du gestionnaire, la majoration actuellement pratiquée par l'établissement pour les séjours inférieurs à 6 mois pose question, compte tenu du tarif journalier déjà pratiqué, soit l'un des + plus élevés du département.
19	***Remarque n°19 :*** *L'absence de référent pour chaque résident est contraire aux recommandations de bonnes pratiques HAS/ANESM "Les attentes de la personne et le projet personnalisé - décembre 2008".*	Les deux années 2020 et 2021 COVID ont rendu difficile l'attribution de référent pour chaque résident. Cependant, depuis l'accalmie de l'épidémie, nous avons remis en place cette bonne pratique. Ainsi, aujourd'hui, tous les résidents bénéficient d'un référent. Annexe 15 - Liste des référents anonymisée	Il est pris note de la liste des référents actualisée au 10/03/2022 communiquée. **Remarque n°19 levée**
20	***Remarque n°20 :*** *Les souhaits des résidents sont pris en compte dans l'organisation du travail sans toutefois que cette démarche ne soit formellement inscrite dans une réflexion institutionnelle partagée et traduite dans les documents de prise en charge.*	Les souhaits des résidents sont discutés en équipe pluridisciplinaire (médecin coordonnateur et IDEC à minima) et tracés dans le logiciel [redacted] Les demandes ponctuelles formulées par les résidents sont également étudiées en équipe pluridisciplinaire et traçée dans le logiciel [redacted]	La prise en compte des souhaits des résidents, discutée et validée en équipe pluridisciplinaires, doit se traduire dans l'élaboration des projets personnalisés. **Remarque n°20 maintenue** **<u>Mesure corrective attendue :</u>** **- Tendre vers la cible de 100% de projets personnalisés élaborés en équipe pluridisciplinaire.**
21	***Remarque n°21 :*** *Les informations rassemblées dans les plans de soins ne sont pas suffisantes (date de mise à jour non précisée, particularités individuelles insuffisamment explicitées) pour que toutes les aides dont le résident a besoin soient prises en compte par l'ensemble des personnels susceptibles de le prendre en charge (salariés et remplaçants) ; la réactualisation des plans de soins doit être faite en équipe pluridisiciplinaire.*	Les plans de soins sont actualisés en équipe pluridisciplinaire à minima une fois par an pour les résidents de l'EHPAD, 2 fois par an pour les résidents des UVP et dès que nécessaire (notamment suite à une altération générale de l'état de santé ou un retour suite à une hospitalisation). L'ensemble des plans de soins ont été actualisé pour tenir compte des remarques formulées par la mission d'inspection. Annexe 16 - Exemples de plans de soins actualisés	Il est pris acte des éléments d'information complémentaires apportées aux plans de soins. **Remarque n°21 levée**

22	***Remarque n°22 :*** *Le plan d'organisation des douches dont se servent les personnels ne sont manifestement pas actualisés en temps réel des sorties (et arrivées ?) des résidents, ce qui est source de confusion notamment pour les personnels remplaçants. Il ne comporte pas le n° de chambre.*	Le planning des douches a été actualisé pour tenir compte des remarques formulées par la mission d'inspection : mis à jour pour le mois de février (et sera mis à jour systématiquement en fonction du mouvement des résidents) et le n° de chambre a été ajouté. Annexe 17 - Planning des douches actualisé	Il est pris acte des plans de douche communiqués, actualisés au 10/03/2022, et de l'engagement d'une mise à jour systématique selon les mouvements des résidents. **Remarque n°22 levée**
23	***Remarque n°23 :*** *La date de mise à jour des plans de change n'est pas spécifiée, l'ensemble des résidents n'y figure pas ce qui ne permet pas de garantir que chaque resident soit pris en compte pour les changes, et certaines informations manquent : contrôle nocturne, accompagnement aux toilettes...*	Le plan de change a été retravaillé pour intégrer : la date de mise à jour, l'ensemble des résidents (y compris les résidents qui ne sont pas incontinents), les contrôles noctures et les accompagnement aux toilettes (y compris les incontinents). Annexe 18 - Plan de change actualisé	Il est pris acte de plans de change communiqués, actualisés au 10/03/2022, et de l'engagement d'une mise à jour systématique selon les mouvements de résidents. **Remarque n°23 levée**
24	***Remarque n°24 :*** *L'établissement indiquera si un dossier type de soins spécifique à l'EHPAD a été établi par le médecin coordonnateur.*	L'établissement est doté du logiciel [redacted] qui contient un dossier type de soins. De plus, pour faciliter les collaborations avec le médecin traitant, il existe un dossier papier (contenant les comptes rendus de consultations spécialisées, ordonnances, biologie, ...) et un autre dossier pour tracer les échanges d'information.	Il est pris acte de la réponse apportée. **Remarque n°24 levée**
25	***Remarque n°25 :*** *La réunion qui s'est tenue en janvier 2021 ne répond pas complètement aux attendus d'une réunion de coordination gérontologique à organiser au minimum une fois par an et qui doit porter sur l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement, conformément à l'article D 312-158-3° du CASF.*	La CCG de janvier 2021 a été organisée dans l'urgence de la procédure vaccination COVID et a été tenue en comité restreint compte tenu du fait que l'établissement était en pleine épidémie (janvier à mars 2021 : 52 résidents infectés). Hors contexte de crise sanitaire, la CCG porte bien sur l'organisation de l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux de l'établissement (cf. comptes rendus des années précédentes). Il est à noter que les professionnels libéraux intervenant au sein de l'EHPAD sont tous conviés à la CCG mais que très peu y participent. Annexe 19 - Comptes rendus CCG 2018 et 2019	Il est pris acte de la réponse apportée et de la tenue habituelle des réunions de coordination gérontologique. **Remarque n°25 levée**

26	*Remarque n°26 : En termes de prévention et traitement des chutes, il manque une procédure complète prévoyant l'analyse des causes en pluridisciplinarité pour élaboration d'un plan d'actions.*	Plusieurs procédures existent concernant la prévention, le traitement et l'anlayse des chutes (toutes jointes en annexe) : > procédure de prévention des chutes chez la personne âgée > procédure de déclaration et suivi des chutes et procédure déclaration et suivi des chutes sur l[redacted] > Fiche réflexe - chute > procédure analyse des chutes et mesures d'ajustement Ces procédures prévoient bien une analyse des causes en équipe pluridisciplinaire. Celle-ci se retrouve dans les RAMA de l'établissement (joints en annexe). Des sessions de formation / sensibilisation seront réalisées auprès des professionnels pour leur rappeler l'existance de ces documents et leur accessibilité via le classeur des procédures et [redacted] Annexe 20 - procédure de prévention des chutes de la personne âgée Annexe 21 - procédure de déclaration et suivi des chutes et procédure déclaration et suivi des chutes sur [redacted] Annexe 22 - fiche réflexe - chute Annexe 23 - procédure analyse des chutes et mesures d'ajustement Annexe 24 - RAMA 2018, 2019, 2020 et 2021 (en cours de finalisation).	
27	*Remarque n°27 : En matière de prévention de la dénutrition, certains éléments de procédure manquent : modalités de suivi des variations de poids en pluridisciplinarité, dispositif d'alerte...*	La procédure "modalités de prise en charge nutritionnelle" décrit la stratégie de la prise en charge des personnes à risque de dénutrition ou dénutris (et notamment l'identification des situations à risque de dénutrition), les modalités de prise en charge nutritionnelle et les situations particulières (fin de vie, troubles cognitifs, ...). Cette procédure doit être mise à jour pour intégrer les recommandations de la HAS de novembre 2021. Dans l'attente, un document accessible à l'ensemble des salariés via [redacted] explicite ces nouvelles recommandations. Cette procédure est accompagné d'un tuto accessible à tous les salariés en e-learning d'une durée de 10 minutes. Les objectifs de ce module de formation est de rappeler comment définir et identifier un risque de dénutrition, de prévenir la dénutrition et de connaitre les indicateurs de diagnostic et les conduites à respecter pour agir sur la dénutrition. Des sessions de formation / sensibilisation seront réalisées auprès des professionnels pour leur rappeler l'existance de ces documents et leur accessibilité via le classeur des procédures et [redacted] Annexe 25 - procédure modalités de prise en charge nutritionnelle Annexe 26 - fiche pratique - module e-learning "le risque de dénutrition"	L'établissement a transmis de nombreuses procédures (chutes, dénutrition, escarres) élaborées au niveau du groupe KORIAN et validées par la direction médicale du groupe. Ces documents sont pour la plupart récents ou actualisés, complétés dans certains cas par une fiche réflexe explicitant clairement la conduite à tenir (ex. fiche réflexe chute). Les recommandations de la HAS, le cas échéant, sont notifiées (Dénutrition recommandations HAS - 2021) sans toutefois être mises en lien avec le protocole antérieur (2018), ce qui conduit à une multiplication des documents. Cette base documentaire est intéressante et plutôt complète, mais nécessite une appropriation par les professionnels de l'EHPAD. L'enjeu consiste donc à accompagner tous les personnels de l'EHPAD (permanents mais aussi temporaires) dans la mise en pratique de ces consignes : les "ateliers" de formation, prévus une fois par semaine avec le médecin coordonnateur et l'IDE coordinatrice (cf. annexe 5 : programmation du 1er semestre 2022) sont à cet égard déterminants et doivent être reconduits régulièrement. **Remarques n°26, 27 et 28 levées. Toutefois :** **<u>Mesures correctives attendues :</u>** **- Poursuivre la tenue régulière des sessions de formation-appropriation des procédures de soins pour la bonne compréhension de tous, le rappel des attitudes réflexes attendues et le suivi des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (programme annuel)** **- Identifier dans les missions des soignants du temps spécifiquement dédié à la prise de connaissance et à l'appropriation des procédures** **- Instaurer, si ce n'est déjà fait, un système de validation de la prise de connaissance des documents par les professionnels concernés.**

28	***Remarque n°28 :*** *Le traitement des escarres ne fait pas l'objet d'un protocole thérapeutique ajusté en fonction des stades des escarres, avec liste des soins cutanés, dates de réfection et de suivi, et liens à faire avec les médecins traitants et médecin coordonnateur.*	Le traitement des escarres fait bien l'objet d'un protocole thérapeutique. Il est ré -évalué lors des staffs de transmission à minima hebdomadaires (mais aussi autant que de besoin) entre IDE-Idec-MedCo-AS. Le médecin traitant est informé à chaque étape (définition du protocole et ré-évaluation). Les IDE peuvent également s'appuyer sur une affiche élaborée au CHAL lorsque le médecin coordonnateur faisait partie de la commission plaies et cicatrisation de cet établissement pour réaliser leurs soins. Des sessions de formation / sensibilisation seront réalisées auprès des professionnels pour leur rappeler l'existance de ces documents et leur accessibilité via le classeur des procédures et [redacted] Annexe 27 - procédure pansements et plaies chroniques Annexe 28 - procédure prévention de l'escarre Annexe 29 - guide de recommandations de bonnes pratiques Plaies et cicatrisations Annexe 30 - affiche prise en charge de l'escarre	
29	***Remarque n°29 :*** *La convention entre l'EHPAD et l'HAD n'a pas été évaluée afin de mesurer si ce partenariat répond aux besoins de l'EHPAD et aux missions d'un service HAD. En outre elle n'a pas été révisée pour tenir compte des évolutions intervenues (circulaire du 18/03/2013 relative à l'intervention des établissements d'HAD dans les établissements d'hébergement à caractère social ou medico-social, loi du 28/12/2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, plan national de développement des soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie 2021-2024...) qui promeuvent ce type de prise en charge pour les résidents en EHPAD.*	La convention entre l'EHPAD et l'HAD a été signée en 2018 par le GHPP, elle prévoit en effet une intervention de conseil. Cela a d'ailleurs été rappelé au médecin coordonnateur lorsqu'il a eu besoin de recourir à l'équipe de l'HAD. Cette problématique a été remontée lors du COPIL CPOM au début du mois de mars 2022. Nos interlocuteurs (ARS) nous ont indiqué qu'ils se rapprochaient en interne du service en lien avec l'HAD pour comprendre la situation. Nous attendons ce retour mais nous sommes tout à fait favorable à la mise à jour de la convention tant pour prendre en compte la nouvelle réglementation que pour faire évoluer les modalités d'intervention des équipes de l'HAD.	Le seul document remis à la mission d'inspection est une convention en date du 10/04/2008. Même si le sujet de l'intervention de l'HAD dans l'EHPAD a été abordé lors du COPIL CPOM en mars dernier, il revient aux partenaires de se rapprocher pour évaluer la mise en oeuvre d ela convention et envisager les évolutions possibles selon les besoins constatés et les possibilités d'action de l'HAD. **Remarque n°29 maintenue** **<u>Mesure corrective attendue :</u>** **- Solliciter le GHPP pour évaluer ensemble la convention HAD.**
30	***Remarque n°30 :*** *La formalisation d'une organisation spécifique pour l'accompagnement de la fin de vie n'ayant pas été indiquée lors des entretiens, l'établissement apportera des éléments de réponse sur ce point.*	L'organisation spécifique portant sur l'accompagnement de la fin de vie a été formalisée par le biais : - d'une procédure décisionnelle d'entrée en soins palliatifs - d'une procédure Soins palliatifs et fin de vie - d'un guide de recommandations de bonnes pratiques Soins palliatifs et fin de vie Des sessions de formation / sensibilisation seront réalisées auprès des professionnels pour leur rappeler l'existance de ces documents et leur accessibilité via le classeur des procédures et [redacted] Annexe 31 - procédure décisionnelle d'entrée en soins palliatifs Annnexe 32 - procédure soins palliatifs et fin de vie Annexe 33 - guide de recommandations de bonnes pratiques soins palliatifs et fin de vie.	Il est pris acte des documents transmis. A noter toutefois le risque de dispersion des informations importantes à connaitre à travers la multiplication des documents (guide + procédure qui fait doublon...). L'enjeu reste, comme déjà indiqué plus haut, la déclinaison locale de ces consignes pour faciliter l'appropriation par les professionnels . L'accompagnement par le médecin coordonnateur formé aux soins palliatifs et à la prise en charge de la douleur est ici précieux et pourrait permettre la définition d'objectifs de base partagés pour cette prise en charge spécifique. **Remarque n°30 levée sur l'aspect formalisation d'un document sur l'accompagnement à la fin de vie, toutefois :** **<u>Mesure corrective attendue :</u>** **cf. supra sur appropriation des procédures et suivi des RBBP**

31	*Remarque n°31 : Les modalités de gestion de la mallette d'urgence constatées sur place ne sont pas satisfaisantes : trousse non scellée après vérification, contenu non ordonné entrainant une absence d'opérationalité en cas de situation urgente, fréquence et points de vérification non conformes à la procédure institutionnelle.*	Un rappel a d'ores et déjà été réalisé auprès des équipes par l'IDEC les 10-11 et 14 mars et des formations vont être organisées tout au long de l'année 2022 pour rappeler les bonnes pratiques et l'existance de la procédure "Gestion de la dotation du chariot / sac d'urgence EHPAD". Le scellé a été remis. Annexe 34 - procédure Gestion de la dotation du chariot / sac d'urgence EHPAD et fiche de traçabilité ouverture de la mallette Annexe 35 - feuille d'émargement du rappel réalisé Annexe 36 - photographie de la mallette d'urgence scellée	Il est noté la mise en place du scellé sur la mallette d'urgence et les mesures projetées pour améliorer la gestion du matériel d'urgence (formations, procédure). Il n'a pas été apporté de réponse sur le rangement du contenu de la mallette d'urgence qui, en l'état trouvé le 18/02/2022, n'est pas suffisamment ordonné pour répondre rapidement à l'urgence. Une amélioration est à prévoir sur cet aspect (casiers de rangement, changement de contenants le cas échéant...). **Remarque n°31 maintenue** **<u>Mesures correctives attendues :</u>** **- Prévoir un système de rangement du matériel d'urgence plus opérationnel et efficace en cas d'urgence** **- Mettre en place les actions prévues pour améliorer la gestion de la mallette d'urgence : formation, suivi des consignes.**
32	*Remarque n°32 : La mission n'a pas repéré les matériels suivants : aspirateur de mucosités, ambu, O^2 arrimé : précisions sur leur disponibilité à apporter par l'établissement en réponse, ainsi que sur la fréquence des tests du bon fonctionnement du DAE.*	Nous vous confirmons que l'établissement dispose bien : d'un aspirateur de mucosités et de deux extracteur d'O2 en stock. Par ailleurs, les tests du bon fonctionnement du DAE sont réalisés fréquemment. Le dernier contrôle date du mois de janvier 2022. Annexe 37 - photographies du matériels Annexe 38 - fiche de contrôle du DAE	Dont acte. Indépendamment des opérations de contrôle- maintenance réalisées par le fournisseur, la réalisation du test de bon fonctionnement du DAE par l'exploitant est toutefois à procédurer (fréquence, personne responsable). **Remarque n°32 levée** **<u>Mesure corrective attendue :</u>** **- Préciser la personne responsable et la fréquence des contrôles périodiques assurés par l'exploitant (recommandations Agence Nationale de sécurité du Médicament et des Produits de Santé - 21/12/2020)**