

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes
La direction générale

Affaire suivie par :

████████████████████
Directeur général Groupe DOMUSVI
1 rue de Saint-Cloud,
92150 Suresnes

- 5 AVR. 2022

Lyon, le

Réf = 2022-PRTEC-18

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

LRAR 1A 174 588 1756 8

PJ : Tableau des mesures correctives

Copie à Mme la Directrice de l'EHPAD
1A 174 588 1757 5

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 L 6116-1 du code de la santé publique s'est déroulée à l'EHPAD Les Jardins de Médicis à DIEMOZ (38) le vendredi 25 février 2022.

Nous vous avons fait parvenir par courrier du 11 mars 2022 le rapport établi par la mission et avons demandé les mesures correctives que vous envisagiez de mettre en œuvre afin de remédier aux non conformités et manquements constatés, en précisant les délais prévus pour la mise en œuvre de ces mesures.

Vous nous avez transmis votre réponse en retour par courrier du 21 mars 2022.

Nous prenons note de vos éléments de réponse que vous avez apportés 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 :

- Fiabiliser les résultats du GIR en définissant une procédure de l'évaluation de la dépendance et en prenant appui sur les bonnes compétences et des professionnels soignants formés
- Développer des actions continues en faveur de la qualité des soins et des accompagnements en apportant un soutien et un management de proximité des équipes par l'implication quotidienne des infirmiers, des cadres et du médecin coordonnateur
- Mettre en place une démarche de gestion des risques effective, transparente et, distinctement, de favoriser l'expression des familles et des résidents
- Mettre en place toutes les mesures correctives indiquées dans le tableau récapitulatif joint à ce courrier.



En outre, nous vous invitons vivement à présenter les conclusions de ce rapport ainsi que les mesures 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 de l'ARS et les services du Conseil départemental de l'Isère.

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

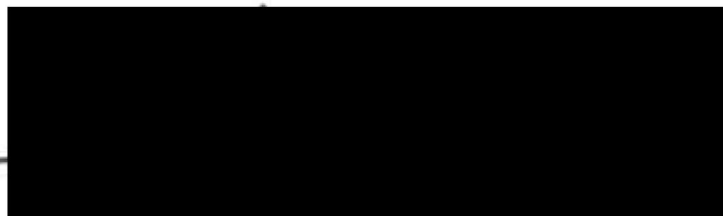
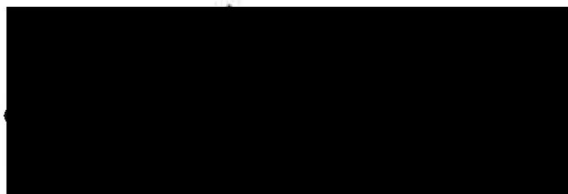
La présente décision est susceptible de recours devant le tribunal administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa réception. Cette saisine du tribunal administratif peut se faire par la voie de l'application « Télérecours citoyen » sur le site www.telerecours.fr

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.

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

Le Directeur Général

Pour le Président



$$f(x) = \frac{1}{2} \left(f(x) + f(-x) \right) + \frac{1}{2} \left(f(x) - f(-x) \right)$$

EHPAD LES JARDINS DE MEDICIS - 38720 DIEMOZ - Inspection ARS/CD de l'Isère du 25/02/2022

CONSTATS : Ecart/Remarques	ELEMENTS DE REPONSE DE L'EHPAD Documents transmis	CONCLUSION - MESURES CORRECTIVES ATTENDUES
ECARTS		
ECart n°1: L'établissement ne respecte pas les normes HACCP et la réglementation afférente en ce qui concerne les réfrigérateurs situés dans les unités de vie.	Depuis le contrôle de l'ARS la thermomètre a été changé et les relevés des températures assurés par les IDE	Il a été pris acte de la réponse apportée par l'établissement. Il doit également être tracé le nettoyage des réfrigérateurs et pas seulement les relevés des températures
ECart n°2: Les règlements de fonctionnement ne sont pas actualisés. Leur date d'élaboration est supérieure à 5 années pleines ce qui contrevient l'art R311-33.	Nous ne vous avons pas fourni les bons documents durant votre audit. Nous vous remettons les derniers mises à jour	Les documents fournis sont des modèles du groupe DOMUSVI, non retravaillés et personnalisés par l'EHPAD. Mesure corrective attendue : Actualiser le règlement de fonctionnement
ECart n°3: L'absence de médecin coordonnateur et de médecin traitant présente un risque pour assurer la continuité des soins médicaux et garantir la sécurité des résidents et contrevient à l'art D312-156 CASF	Depuis votre passage, nous avons fait le lien avec la CPAM afin de les sensibiliser sur notre problématique. Nous avons de nouveau envoyé un mail à l'ARS pour leur rappeler l'urgence de notre situation	A ce jour, le médecin n'est pas recruté. Mesures correctives attendues : - Recruter un médecin coordonnateur - Trouver des médecins traitants pour les résidents
REMARQUES		
Remarque n°1: Au cours de l'inspection, la dépendance des personnes accueillies au sein de l'établissement ne correspond pas au niveau de la dotation dépendance fixée par les autorités d'autorisation	Nous nous engageons à vous renvoyer dans le courant de la semaine 12 une réévaluation de notre niveau de dépendance	Il est pris note de la prochaine réévaluation des GIR. CF. remarque 23 : cette réévaluation ne sera pas considérée comme fiable en l'absence de toute garantie d'une évaluation de la dépendance des résidents actualisée par les professionnels en charge des résidents formés et accompagnés par le cadre de santé, validée par le médecin coordonnateur. Mesures correctives attendues : - Transmettre l'attestation de formation des professionnels - Transmettre le document de réévaluation des GIR
Remarque n°2: En l'absence d'un dispositif (dont le protocole) de recueil, de traitement et d'analyse des événements indésirables opérationnels, l'établissement n'est pas en conformité avec les bonnes pratiques formulées par la HAS qui recommande de formaliser avec les professionnels les outils les plus pertinents pour le recueil et le suivi des événements indésirables.	Une campagne de sensibilisation est actuellement mise en place auprès de toutes les équipes afin d'harmoniser les bonnes pratiques. Ces documents seront à disposition des équipes pour consultation et les informations relatives à ces documents seront envoyées par les chefs de service	Il est pris note de la réponse apportée par l'établissement. Néanmoins, certains documents cités sont hors-sujets, incohérents par rapport à la thématique. De plus, il s'agit de documents types du groupe DOMUSVI, non personnalisés par l'EHPAD, dont le nom n'est pas mentionné. Mesure corrective attendue : - Mettre en place un dispositif opérationnel de recueil, de traitement et d'analyse des événements indésirables. - Élaborer des protocoles. - Transmettre la traçabilité des événements déclarés par les professionnels et des RETEX mise en oeuvre.
Remarque n°3: L'absence de dispositif opérationnel et tracé, de recueil et d'analyse des réclamations et des doléances des usagers est préjudiciable en termes de cohérence de prise en charge des résidents, en lien avec leurs familles.	Une campagne de sensibilisation est actuellement mise en place auprès de toutes les équipes afin d'harmoniser les bonnes pratiques. Ces documents seront à disposition des équipes pour consultation et les informations relatives à ces documents seront envoyées par les chefs de service	La réponse ce l'établissement ne correspond pas à la remarque. Mesure corrective attendue : - Mettre en place un dispositif opérationnel et tracé, de recueil et d'analyse des réclamations et des doléances des usagers - Élaborer des protocoles. - Transmettre la traçabilité des réclamations des familles
Remarque n°4: Lors des absences de la directrice, l'absence de document définissant les délégations et les attributions du remplaçant ne permet pas à ce dernier d'assumer la fonction de direction en cas de nécessité.	En l'absence de la Directrice, des chefs de service sont briefés afin de reprendre le relais sur les différents sujets qui permettent le maintien du bon fonctionnement de la résidence. Nous travaillons à l'élaboration d'un document de référence concernant les attributions possibles. Le protocole prévoit l'intervention d'un autre Directeur pour assurer la continuité de la fonction.	Le document n'étant pas formalisé, la remarque est maintenue. Mesure corrective attendue : Formaliser un document définissant les délégations et les attributions du remplaçant en cas d'absence de la directrice
Remarque n°5: La présence d'un seul soignant dans une unité certains jours peut entraîner une dégradation de la qualité de la prise en charge des résidents.	Nous avons une démarche active d'amélioration pour assurer la continuité des soins notamment dans le cadre d'absence inopiné. Dans cet objectif il est prévu un système d'entraide entre les différentes unités et en fonction du contexte une nouvelle répartition des tâches	Le document transmis par l'établissement apporte des informations sur l'organisation de la journée en effectif plein. Cependant, le mode dégradé est insuffisamment explicité. Mesure corrective attendue : Préciser l'organisation du travail selon plusieurs scénarii ainsi que les tâches de travail en l'absence de soignant - les transmettre à la D338 et au CD38
Remarque n°6: L'absence d'organisation formalisée par des fiches de tâches, ou autre dispositif, ne permet pas de sécuriser la prise de poste des nouveaux arrivants, des professionnels en CDI afin des remplaçants infirmiers, pour assurer aux résidents la continuité de leurs prises en charge ainsi que la sécurité des soins.	Dans le cadre du parcours d'intégration de toute nouvelle intégration (vacataire), il est prévu la remise d'une fiche de poste	La fiche de poste n'est pas une fiche de tâches. Mesure corrective attendue : Différencier les fiches de tâches et de poste

CONSTATS : Ecarts/Remarques	ELEMENTS DE REPONSE DE L'EHPAD Documents transmis:	ANALYSE DE LA REPONSE CONCLUSION - MESURES CORRECTIVES ATTENDUES
Remarque n°7: L'absence de fiches de tâches ne sécurise pas et ne garantit pas la continuité de la prise en charge des résidents par les professionnels soignants.	Nous remettons à chaque salarié une fiche de tâches et de poste. Les personnes interrogées dans le cadre de l'audit ont signé ces documents.	Les personnels interrogés n'avaient pas connaissance des fiches de tâches. L'encadrement doit faire vivre au quotidien le document référent et réguler l'organisation. Ce dernier, non figé, doit être réactualisé régulièrement. Il doit en être un document support, de management. Mesure corrective attendue : Rédaction de fiches de tâches évolutives en tant qu'outil repère pour manager les équipes
Remarque n°8: Les fiches de poste ne sont pas appropriées par les professionnels	Nous remettons à chaque salarié une fiche de tâches et de poste. Les personnes interrogées dans le cadre de l'audit ont signé ces documents	Même réflexion que pour remarque 7: Une fiche de tâche n'est pas une fiche de poste. Les fiches de poste doivent être personnalisées en fonction du professionnel en poste et de ses compétences particulières. Cette évaluation peut être discutée lors de l'entretien annuel d'évaluation Mesure corrective attendue : Favoriser l'individualisation et la personnalisation des fiches de poste par les professionnels et les adapter aux compétences spécifiques de chacun (référent hygiène, lingerie, tutorat des stagiaires...)
Remarque n°9: L'organisation actuelle des emplois du temps ne favorise pas une transmission systématique des informations permettant d'assurer la continuité des soins entre les équipes jour/nuit	Une infirmière est en poste jusqu'à 10h45 ce qui permet une transmission de 15 minutes avec le premier aide-soignant de nuit. Une infirmière arrive le matin à 7h00 afin d'avoir une transmission avec l'aide-soignant terminant à 7h00	La réponse de l'établissement n'est pas satisfaisante. Mesure corrective attendue : Organiser un chevauchement des AS (jour et nuit) avec la présence d'IDE (infirmière des relèves) d'au minimum 15mn matin et soir. A noter que cette organisation contribue à la mise en place d'espaces de rencontre, encadrée, des professionnels quotidiennement pour discussion sur les soins et l'organisation du travail. Eléments de preuve: Transmettre l'organisation retenue concernant les relèves
Remarque n°10: L'absence de procédure d'astreinte ne permet pas de sécuriser les professionnels qui ne sont pas informés des motifs d'appel à l'astreinte.	Le classeur de situation permet de décrire les situations nécessitant d'agir en autonomie. Les équipes sont formées dans le cadre d'une formation sécurité sur les marches à suivre et les cas échéant, l'appel de l'astreinte	Les documents transmis ne sont pas connus des équipes rencontrées par la Mission. De plus, ils sont peu pédagogiques. Ils doivent être régulièrement discutés avec les équipes (nouveaux salariés, intérimaires...) Mesure corrective attendue : Clarifier et diffuser les documents faisant référence dans les situations de crises et nécessitant l'appel de l'astreinte,
Remarque n°11: L'absence de consignes claires et appropriées par les professionnels ne favorise pas la gestion des urgences médicales et l'information du cadre d'astreinte. Cette absence est susceptible de porter atteinte à la qualité des soins, la réactivité des réponses des soignants et la sécurité des résidents.	La gestion des urgences médicales est organisée 24h/24h. Il existe un protocole qui précise les consignes à suivre ainsi que la cascade des personnes à contacter en fonction de la situation. Par ailleurs, nous prévoyons un audit complet de la gestion des urgences notamment dans le cadre de la mise à jour de notre classeur "gestion des urgences" et prévoyons des affichages spécifiques. Nous nous appuyons sur les pratiques de la HAS qui recommande la mise en place d'une fiche de liaison d'urgence et d'un document de liaison d'urgence. Une check-list de transmissions aux urgences sera mise à disposition dans les unités	La mission prend acte de l'audit (à transmettre en suivi) Idem que précédemment, l'importance réside dans l'appropriation par les professionnels de consignes partagées régulièrement et de manière répétitive permettant d'appréhender au mieux les situations d'urgence (point de vigilance particulier sur les infirmières et nouveaux arrivants) Mesure corrective attendue : Aborder le sujet de la gestion des urgences et de l'astreinte régulièrement lors des transmissions quotidiennes et le tracer (Compte rendu, notes d'insmissions etc)
Remarque n°12: La seule communication des listes des formations réalisées en 2021 et à venir en 2022 ne permet pas de comprendre la vision de la stratégie de l'établissement en matière de développement des compétences.	Au-delà du plan de formation, il est prévu des formations inter-établissements afin de favoriser l'harmonisation des bonnes pratiques	La réponse de l'établissement concernant les formations ne donne pas d'informations sur la stratégie à adopter: - évaluation des besoins des résidents (soins, accompagnement...) - identification des besoins en compétences professionnelles qui en découle - repérage des défauts de compétence lors des entretiens avec les professionnels, ou lors des réunions - plan de développement de compétence à partir de priorisation sur un calendrier pluriannuel : intégrer également les plans des politiques publiques (churs, MND, soins palliatifs...) Mesure corrective attendue : Analyser les besoins de façon argumentée en amont puis formaliser le plan de formation
Remarque n°13: L'absence de formation dédiée à la prise en charge de la démence, de la maladie d'Alzheimer ne permet pas de renforcer les compétences des professionnels exerçant au sein de l'U.P. alors même qu'aucun d'eux ne bénéficie de la formation d'ASG.	Chaque année une formation dédiée aux 2 équipes de l'U.P. "maladie d'Alzheimer et troubles du comportement associés" est assurée par nos psychologues. Avec un rappel à 6 mois. Il y a donc 2 temps dédiés aux équipes afin de renforcer les compétences professionnelles. Ces temps de formations sont prévus à l'ensemble des AS et IDE afin de consolider les bonnes pratiques	Les temps de sensibilisation inhérents à l'établissement ne remplacent pas de véritables temps de formation par des experts avec une pédagogie adaptée, détachant les salariés de leur poste (durant leur temps de travail), pendant une période suffisamment longue pour que les professionnels s'approprient les recommandations de bonnes pratiques et développent une réflexion sur leur pratique professionnelle. Ces formations doivent donner lieu à attestations de formation (ou certification) qui seront tracées dans le dossier du salarié. Mesure corrective attendue : Organiser des formations dédiées à la prise en charge de la démence et à la maladie d'Alzheimer. Eléments de preuve : Fournir les attestations de présence des professionnels aux formations.

CONSTATS - Ecart/Remarques	ELEMENTS DE REPONSE DE L'EHPAD Documents transmis	ANALYSE DE LA REPONSE CONCLUSION - MESURES CORRECTIVES ATTENDUES
Remarque n°14: Le plan de formation continue ne fait pas suffisamment apparaître les objectifs de maintien et le renforcement des connaissances et des compétences des professionnels ne garantissant pas la qualité des soins et l'actualisation des pratiques de soins.	Conjointement avec le Médec, L'IDEC, nos référents partenaires (HAD, Psycho-Gériatrie), nous avons élaboré pour 2022 et années suivantes un programme de sensibilisation des professionnels visant l'actualisation des pratiques de soins, afin de garantir le maintien de la qualité des soins dispensés. Par ailleurs, les besoins en formation sont travaillés en équipe pluridisciplinaire et adaptés aux projets relatifs à la prise en soins des Résidents. Au-delà du plan de formation, nous mettons en place des formations internes et des formations inter-établissements.	Mêmes observations que remarques 12 et 13
Remarque n°15: L'insuffisance d'espace d'échange structuré et organisé avec des objectifs liés au regard (par exemple) de l'évolution de problème, d'actualisation des pratiques et de régulation de l'organisation des soins ne permet pas d'apporter un soutien et de renforcer le management des équipes.	Nous avons planifié une fois par trimestre des temps d'échanges interdisciplinaires animés par le cadre de santé. La première aura lieu en avril et sera présentée : un aide-soignant, le psychologue, l'infirmière, la psychomotricienne et l'EAPA (le groupe sera formé en fonction des cas résidents étudiés). Nous mettons en place l'analyse de la pratique pour les équipes.	Le document 30 n'a pas été transmis à la Mission. Il est demandé des réunions régulières, à minima hebdomadaires pour permettre à l'IDEC et aux IDE d'animer, avec des accompagnements des résidents, les équipes de soins. Ces réunions permettent de transmettre les informations, faire des rappels sur les protocoles, donner des indications et régler les problèmes... La mise en place de l'analyse de la pratique ne remplace pas le management quotidien des équipes.
Remarque n°16: La signalétique n'est pas adaptée à la spécificité de tous les résidents, plus particulièrement dans l'UP	Un projet de refonte de la signalétique intérieur et extérieur est en cours	La mesure corrective attendue : Rédiger plus particulièrement la signalétique de l'UP
Remarque n°17: L'absence de mise en place de tapis antidérapants pour les temps de douche représente un facteur de chutes important alors même que ce risque a été repéré et figure en page 82 du projet d'établissement.	La pose de tapis antidérapant dans les douches, conduisant à une problématique d'hygiène de ce matériel, la direction étudie la faisabilité de la pose d'un revêtement (type peinture) dans le fond des bacs à douche	La mesure corrective attendue : Rédiger plus particulièrement la signalétique de l'UP
Remarque n°18: Les familles et les résidents ne sont pas associés à la rédaction du projet personnalisé ou qui contrevient aux RPP de coconstruction du projet et ne garantissent pas la bonne prise en compte et le respect des souhaits et volonté des résidents.	En amont de la réunion pluridisciplinaire, les Résidents ne sont effectivement pas présents lors de la rédaction même des projets de vie personnalisés mais ils sont bien pour autant associés à leur co-construction. En effet, en amont de la réunion pluridisciplinaire, les Résidents sont rencontrés par les différents professionnels et notamment par le psychologue qui recueille leurs attentes, leurs désirs et leurs éventuels griefs (quand cela est possible). Les professionnels conviés au projet de vie effectuent également en amont de la réunion, une série d'évaluations afin de personnaliser au mieux le projet d'accompagnement : psychologue - MMSE, COVI, Mini GDS - AS / IDE - Bredin, Alyopius et MVA - Psychomotricienne - bien psychomoteur - EAPA - Trelle Une fois le projet rédigé, il est présenté par le psychologue au Résident et son état de santé et ses capacités cognitives lui permettent d'en avoir une compréhension et un éventuel échange. Une discussion est alors menée pour savoir si le projet correspond aux attentes du Résident. Des modifications peuvent alors avoir lieu. Par ailleurs, si cette démarche n'est pas possible, le projet de vie personnalisé est envoyé par courrier à la famille ou à la tutelle du Résident pour présentation et modifications le cas échéant. Les modifications éventuelles sont retranscrites sur le logiciel de soins et le projet de vie personnalisé est ensuite classé dans le dossier papier individuel du Résident. Dates des formations 20/04/2021 et 08/05/2021. A noter qu'un support "synthèse de la présentation" est plastifié et donné (en exemplaire réduit, qui tient dans la poche) aux soignants présents. Dates des points de rappel sur le sujet, les 11/10/2021 et 08/11/2021.	La Mission prend note de la réponse apportée par l'établissement. Le devis signé de la solution technique retenue devra être transmis à la DD38 et au CD38
Remarque n°19: L'état général des résidents ne fait pas l'objet de questionnement ni d'observation au quotidien par les soignants.	Les temps de relève vont devenir quotidiens afin de favoriser les échanges pluridisciplinaires. Pour rappeler, dans le cadre des relevés est présent à minima IDE, AS, EAPA, psychologue et la psychomotricienne. L'IDEC et la Direction peuvent également participer aux temps de relève. Les AS peuvent aussi appuyer sur leur IDE en poste (2 IDE par jour) pour aiguiller leur prise en soins	La mission prend note de la mise en place de temps de relève sous réserve de la mise en place de l'observation inscrite à la remarque n°9. Néanmoins, elle rappelle que la psychologue n'est pas à la tête des équipes soignantes. Les IDE doivent pleinement mettre en œuvre leur fonction d'organisation des soins au regard de leur décret de compétences. Elles sont responsables de l'organisation des soins mis en œuvre par les équipes AS qu'elles doivent superviser.

EHPAD LES JARDINS DE MEDICIS - 38720 DIEMOZ - Inspection ARS/CD de l'isère du 25/02/2022

CONSTATS : Ecarts/Remarques	ELEMENTS DE REPONSE DE L'EHPAD Documents transmis	CONCLUSION - MESURES CORRECTIVES ATTENDUES
Remarque n°20: Les bonnes pratiques de soins des personnes concernant les soins préventifs et curatifs relatifs au problème d'élimination urinaire ne font pas l'objet d'une thématique de soins abordée par l'équipe infirmière et encadrante, ni dans le cadre d'un protocole actualisé.	<i>Le résident est accompagné aux toilettes à sa demande</i>	La réponse apportée par l'établissement n'est pas satisfaisante. Mesure corrective attendue: Elaborer un protocole concernant l'élimination urinaire rappelant les bonnes pratiques de soins des résidents pour les soins préventifs et curatifs
Remarque n°21: Les soins mis en œuvre par les professionnels ne permettent pas l'autonomie de la personne et la prévention de l'incontinence.	<i>Le résident est accompagné aux toilettes à sa demande</i>	Idem supra
Remarque n°22: Les équipes d'AS sont insuffisamment accompagnées et encadrées au quotidien notamment pour la prise en charge de la dépendance, ce qui présente un risque pour la qualité des soins et la sécurité des résidents.	<i>Les temps de relève vont devenir quotidiens afin de favoriser les échanges pluridisciplinaires</i>	Idem remarque 9. A noter qu'à minima IDE, AES et AS font partie de ces temps de relèves quotidiens. S'agissant des autres intervenants (Psychologue, APA, ASH...), leur participation peut être organisée qu'en cas de besoins spécifiques notés par les IDE.
Remarque n°23: L'évaluation du GIR, qui n'est pas réalisée par les personnes compétentes et formées, remet en question les résultats communiqués aux autorités de tarification.	<i>Absence du médecin coordonnateur</i>	Mesure corrective attendue : Former les professionnels soignants participant à l'évaluation du GIR; Cf. remarque n° 1
Remarque n°24: Les protocoles ne font pas l'objet d'informations régulières aux soignants et de questionnement des pratiques de soins pour garantir la qualité des soins.	<i>Nous mettons à disposition un classeur des protocoles à destination des équipes. Les temps des relèves augmentés seront également des moyens pour rappeler les bonnes pratiques</i>	CF. remarques n°9 et 22 sur les temps de relèves
Remarque n°25: Les protocoles ne sont pas actualisés et sont méconnus des personnes. Ils ne font pas l'objet de formation et de mise à niveau des compétences des professionnels pour garantir la sécurité et la qualité des soins des résidents.	<i>Nous mettons à disposition un classeur des protocoles à destination des équipes. Ce dernier sera un support d'appui afin d'harmoniser les pratiques. Des temps d'échange spécifiques sont également prévus pour entamer et garantir la qualité des soins</i>	La mission prend note de la réponse apportée par l'établissement : les relèves sont effectivement le lieu pour vérifier les connaissances des professionnels et rappeler les bonnes pratiques. Mesure corrective attendue : Actualiser les protocoles et les rappeler aux professionnels lors des relèves ou autres réunions
Remarque n°26: L'absence de convention avec l'équipe mobile de soins palliatifs ne garantit pas la qualité des soins ni l'appui et la formation des équipes de l'EHPAD.	<i>Nous avons une convention avec l'équipe mobile des soins palliatifs. Une demande d'intervention a été émise par la cadre de santé</i>	La pièce n°34 ne correspond pas à une convention valide de soins palliatifs : les noms de l'EHPAD et de l'HAD ne sont pas indiqués et le document n'est pas daté, ni signé. Mesure corrective attendue : Signer une convention avec une équipe de soins palliatifs
Remarque n°27: L'encadrement des équipes soignantes s'agissant du dépistage et de la prise en charge de la douleur n'est pas clairement formalisé. Il ne fait pas l'objet d'un suivi systématique par les soignants, encadrés par les IDE et IDE.	<i>Formation des équipes en cours et portée par la cadre de santé. Remise en place des relèves douleur</i>	Même réponse que la remarque n°13 s'agissant de la formation : la formation doit être réalisée par des experts. La mission prend acte pour les référents douleur, si ces derniers bénéficient d'une formation adaptée aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles.