

La direction générale

[Redacted]
Directrice régionale seniors ARA
Groupe KORIAN
59 rue Denuzière
69002 Lyon

Lyon, le 05/07/2022

Rq. 222. P. 1122. 35

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

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

Copie à Mme Le directrice de l'Ehpad Bergson.

ARRA 181 638 1885

LRAR 1A 181 638 1888 2

Monsieur le directeur général,

Une inspection diligentée à notre initiative au titre des articles L.313-13 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 KORIAN Bergson le 18 février dernier.

Sur la base du rapport établi par la mission, nous vous avons fait parvenir par courrier en date du 30/03/2022 le rapport établi par la mission comprenant un certain nombre d'écarts et de remarques. Nous vous vous demandions en retour de nous présenter les mesures correctives que vous envisagiez de mettre en œuvre afin de remédier aux dysfonctionnements ou carences constatés.

Vous nous avez transmis votre réponse en retour par courrier du 05/04/2022.

Nous prenons bonne note de l'ensemble de vos observations formulées suite aux constats de la mission.

Au terme de la procédure contradictoire et après examen approfondi de votre réponse, nous avons l'honneur de vous notifier notre décision définitive.

Nous prenons acte des engagements formulés dans le cadre de la procédure contradictoire.

Vous veillerez donc à mettre en œuvre l'ensemble des actions attendues dont le détail figure dans le tableau joint en annexe, permettant de répondre aux écarts et remarques établis dans le rapport.

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 la Loire et les services du Conseil départemental de la Loire.

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 rappellerons enfin 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.



EHPAD Bergson Korian 42 - Inspection ARS ARA/CD de la Loire du 18/02/2022

N°		CONSTATS : Ecart/Remarques	ELEMENTS DE REPONSE DE L'EHPAD	ANALYSE DE LA REPONSE CONCLUSION - MESURES CORRECTIVES ATTENDUES
ECARTS				
1		Le registre légal des entrées-sorties n'est pas mis à jour au vu du nombre réel de résidents accueillis au jour de la visite ce qui contrevient à l'article. L. 331-2 du CASF.	Pour des questions organisationnelles, le registre légal des entrées sorties est mis à jour chaque Week-end si cela n'a pu être fait la semaine. Le registre légal des entrées et des sorties est renseigné et mis à jour. Annexe 1 – Extrait registre des entrées et sorties de Korian Bergson	La mise à jour du registre légal entrées-sorties une fois par semaine présente un risque potentiel. Si l'établissement devait procéder à une évacuation, en urgence notamment, ce document serait garant du nombre de résident hébergés. Il est pris acte de la mise à jour du registre légal entrées -sorties suite à la visite de la mission. Celle-ci doit être réalisée en continu.
2		En accueillant 5 résidents en hébergement temporaire, l'établissement ne respecte pas sa capacité autorisée de 2 places d'HT.	Les séjours temporaires proposés sur Bergson sont nombreux et sont proposés aux résidents afin de répondre à un besoin spécifique et personnalisé : séjour de répit, repos aidant. En effet ; Ce droit au répit permet aux proches aidants des personnes âgées en perte d'autonomie à domicile, de se reposer ou de dégager du temps	Une évaluation est à mener de l'activité d'hébergement temporaire réalisée et des demandes non satisfaites, afin d'adapter si nécessaire, en lien avec les autorités compétentes, la capacité d'accueil autorisée aux besoins de la population.

3	Le projet d'établissement consulté ne correspond pas à l'art. L.311-8 du CASF qui spécifie que « Pour chaque ESMS, il est élaboré un projet d'établissement ou de service qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation. »	L'établissement Korian Bergson fait parti du Pôle Loire Korian qui regroupe 5 établissements. Sur chaque item abordé dans le projet d'établissement, chaque établissement à ses propres objectifs. Un nouvel envoi du projet d'établissement a été fait par le directeur du Pôle à l'ARS le Mardi 5 Avril 2022.	Le projet d'établissement n'a pas été retrouvé dans les 43 annexes transmises à l'ARS dans le cadre de la procédure contradictoire. Les constats de la mission lors de sa consultation sur site, sur l'insuffisance de la personnalisation du projet pour chaque établissement, restent d'actualité.
4	Absence d'annexe au contrat de séjour définissant les mesures individuelles relatives à la liberté d'aller et venir du résident (article R. 311-0-5 et suivants)	Aujourd'hui 15 résidents sont concernés par la signature de l'annexe définissant les mesures individuelles relatives à la liberté d'aller et venir. 14 d'entre elles sont signées. Seule 1 annexe concernant un résident n'a pas été signée. Cependant nous avons relancé à plusieurs reprises la tutrice (12/05/2021, 11/06/2021 et 19/09/2021). Concernant le personnel, nous avons fait un rappel (équipe/contre équipe) les 04/04/2022 et 05/04/2022. Annexe 2 : Annexes aux contrats libéré aller-venir des résidents et relances	Il est pris acte de la signature des avenants aux contrats de séjour.

5	Les outils de la loi 2002-2, (mise à part la charte des droits et libertés de la personne accueillie affichée à côté du bureau du personnel relation famille) ne sont pas affichés ou mis à disposition de manière visible :	Un devis concernant un panneau à l'accueil a été demandé auprès de notre fournisseur. Ce panneau sera installé à l'accueil de manière visible. Ce panneau reprendra l'ensemble des documents réglementaires, ainsi que le règlement de fonctionnement. Les coordonnées de l'ARS ont été mis à jour.	L'Ehpad Korian Bergson est en cours de régularisation de ce point. L'établissement devra attester de la mise en place du dispositif.
6	Absence d'affichage du règlement de fonctionnement (Article L. 311-7 du Code de l'Action sociale et des Familles		
7	En n'assurant ni la traçabilité des signalements de tous les événements indésirables, graves ou non, ni la sensibilisation du personnel à cette démarche, l'établissement ne garantit pas une exhaustivité de leur traitement, et une analyse globale des différentes problématiques rencontrées à l'Article L 331-8-1 du code de l'action sociale et des familles. Le processus de recueil, de traitement et d'analyse des incidents n'est pas formalisé.	Cf remarque 4	Les annexes transmises n'intègrent pas la procédure d'alerte, signalement et suivi des événements indésirables graves (EIG) et événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) qui est pourtant notée dans les documents internes disponibles. L'établissement a communiqué seulement la procédure "Signalement et traitement d'un événement indésirable". Il doit s'assurer de la déclaration des EIG et EIGS à l'ARS dans les conditions réglementaires (Décret 2016-1606 du 25/11/2016, arrêté du 19/12/2017, décret 2016-1813 du 21/12/2016 et arrêté du 28/12/2016), et veiller à la sensibilisation du personnel à ces deux procédures. Sur les autres éléments de réponse, cf. infra remarques 4 et 5.

8	L'absence de document unique de délégation n'est pas conforme à la réglementation (article D.312-176-5 du code de l'action sociale et des familles).	Les délégations de pouvoir des managers ont été signés. Annexe 15.1 : Délégation de pouvoir [REDACTED] Annexe 15-2 : Délégation de pouvoir [REDACTED] Annexe 15-3 : Délégation de pouvoir [REDACTED] Annexe 16 : Délégations de pouvoirs Directrice Korian Bergson	Il est pris bonne note de ces éléments.
9	L'inscription des IDE à l'ordre national des infirmiers n'a pu être vérifiée de manière effective et cette obligation ne saurait reposer sur le seul salarié en vertu du décret n°2018-596 du 10 juillet 2018.	De manière trimestrielle, les IDE sont inscrits à l'Ordre des Infirmiers. Annexe 19 : Inscription des IDE à l'ONI	Il est pris bonne note des éléments transmis.

10	En ne disposant pas systématiquement d'une copie du diplôme de chaque agent qualifié, l'établissement ne peut garantir les prestations réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées prévues à l'article L312-1-II du CASF.	En lien avec le respect de la confidentialité et la RGPD nous ne transmettons pas les copies des diplômes des salariés. Toutefois si vous le souhaitez nous pouvons vous les communiquer	Concernant vos interrogations relatives à la transmission de documents à l'ARS, nous vous rappelons qu'aux termes de l'article L.1421-3 du CSP : « Les agents mentionnés à l'article L1421-1 du CSP peuvent recueillir, sur place ou sur convocation, tout renseignement, toute justification ou tout document nécessaire aux contrôles. Ils peuvent exiger la communication et obtenir ou prendre copie, par tout moyen et sur tout support, ou procéder à la saisie des documents de toute nature, entre quelques mains qu'ils se trouvent, propres à faciliter l'accomplissement de leur mission et la mise à leur disposition des moyens indispensables pour effectuer leurs vérifications (...). » La mission a constaté sur place que <u>certain diplômes</u> n'étaient pas présents dans les dossiers du personnel, ce <u>qui ne</u> permet pas de garantir la bonne application de l'art L312-1-II du CASF. Il est pris acte néanmoins des données du tableau communiqué sur les dates des diplômes des personnels soignants. L'établissement devra s'assurer de la complétude des dossiers des agents.
----	--	---	--

11	En ne disposant pas du bulletin du casier judiciaire national dans le dossier de tous les agents, l'établissement n'est pas en mesure de satisfaire aux dispositions de l'article L133-6 du CASF et n'est pas en capacité de vérifier les aptitudes des personnels à exercer auprès de personnes vulnérables	Annexe 21 – diplôme et casier judiciaire. Vous trouverez en annexe un tableau recensant les copies des diplômes et les casiers judiciaires de tous les salariés. En lien avec la réglementation il est désormais interdit de conserver dans les dossiers salariés les extraits de casiers judiciaires. Annexe 22 – Procédure de demande de casier judiciaire au moment de l'embauche	Si la conservation du document n'a pas lieu d'être, l'établissement doit rendre plus lisible la bonne consultation de l'extrait des casiers judiciaires dans les dossiers RH, et en assurer la traçabilité en termes de date et de personne responsable de ces vérifications.
12	Les caméras installées dans les lieux dont l'accès est strictement limité, sont soumises aux dispositions de la loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés. En cas de mise en place d'un système de vidéosurveillance permettant l'enregistrement des images en secteur médico-social, comme c'est le cas à [REDACTED] une déclaration doit être faite à la CNIL sous peine de poursuite (cf. décision défenseur des droits MSP-2016-148). L'autorisation de vidéosurveillance délivrée par la CNIL est valable de manière permanente tant que le site fonctionne.	Les caméras ont été installées en 2017. Une déclaration a été réalisée auprès de la CNIL avant le 25/08/2018. Nous prenons contact avec la CNIL afin de récupérer l'autorisation de vidéosurveillance. Dès retour de leur part nous ne manquerons pas de vous transmettre les documents. Annexe 29 : Affichage entrée SAS Annexe 30 : Extraction déclaration CNIL faite avant le 25/08/2018 L'affichage Interdiction de fumer a été mis à jour conformément au décret associé. Cet affichage, ainsi que Vigipirate et Vidéo surveillance ont été mis de manière plus visible.	Il est pris acte de ces documents et de la transmission à venir de l'autorisation de la CNIL;

13	L'interdiction de fumer ne comporte pas l'affichage légal: décret n°2006-1386 du 15 novembre 2006 relatif à l'interdiction de fumer dans les lieux publics à usages collectifs.	L'affichage Interdiction de fumer à été mis à jour conformément au décret associé. Cet affichage, ainsi que Vigipirate et Vidéo surveillance ont été mis de manière plus visible.	Il est pris bonne note des éléments transmis.
14	En ne faisant pas systématiquement signer le contrat de séjour ou son avenant, l'établissement contrevient à l'art L311-4 du CASF.	Un contrôle en février et en avril a été réalisé par le Responsable Relations Familiales. Il ne dénombre pas de contrat n'ayant pas la signature. Annexe 37 – Suivi des signatures contrats/avenants résidents	Il est pris acte de la vérification réalisée. Une vigilance devra être portée sur la durée.
15	Le temps de médecin coordonnateur est insuffisant au regard des dispositions de l'article D312-156 du CASF.	Nous lançons un recrutement de MEDEC pour un 0,4 ETP avec pour objectif d'aller jusqu'à 0,8. Nous actualisons l'offre de recherche de MEDEC auprès du service sourcing de Korian également. Annexe 36 : Recrutement MEDEC	Il est pris acte de la démarche engagée, néanmoins l'annonce ne précise pas la quotité de travail. Le non-respect de l'article D. 312-156 du CASF reste d'actualité dans l'attente de son recrutement.

16	En n'organisant pas la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient à l'art D 312-158-3° CASF.	La commission de coordination gériatrique de l'établissement a été planifiée sur 2022 : le 21/09/2022	Le compte-rendu de cette commission sera à transmettre à la délégation départementale de la Loire.
REMARQUES			
1	Les personnels entendus ne connaissent pas tous la législation concernant les mesures individuelles relatives à la liberté d'aller et venir.	Concernant le personnel, nous avons fait un rappel (équipe/contre équipe) les 04/04/2022 et 05/04/2022	L'établissement a transmis une feuille d'émargement en date du 4/4/2022 faisant état du rappel auprès des agents sur la liberté d'aller et venir des résidents.
2	Les tarifs à l'entrée de l'EHPAD et les autres informations du pupitre ainsi que l'affichage du numéro 3977 contre la maltraitance, ne sont pas accessibles à l'ensemble du personnel, des accueillis et des familles.	Un devis concernant un panneau à l'accueil a été demandé auprès de notre fournisseur. Ce panneau sera installé à l'accueil de manière visible. Ce panneau reprendra l'ensemble des documents réglementaires, ainsi que le règlement de fonctionnement. Les coordonnées de l'ARS ont été mises à jour.	L'établissement devra attester de la mise en place du dispositif.
3	Les coordonnées téléphoniques de l'ARS sur le pupitre ne sont pas les bonnes.		Il est pris bonne note de ces éléments.

4	La déclaration d'un événement indésirable n'est pas systématiquement établie par le professionnel ayant constaté lui-même les faits, ce qui peut générer une perte d'information et présente un risque pour la sécurité des usagers.	Sur l'année 2021, 27 EI (hors NCF) ont été déclarés. Voici le récapitulatif des déclarants : 26 EI ont été déclarés par les équipes sous le nom Korian Bergson (F063) Seniors et seul 1 EI a été déclaré par [REDACTED] Responsable Relations Familiales qui a constaté lui-même l'EI déclaré. L'identification du déclarant : Korian Bergson (F063) Seniors correspond à la déclaration faite par un salarié de l'équipe de jour comme de l'équipe de nuit. Un retour concernant ces EI sera systématiquement réalisé au déclarant. Plusieurs sensibilisations par an sont réalisées pour sensibiliser le personnel à la déclaration des EI/EIG. Cette année encore, les salariés seront de nouveau sensibilisés. Annexe 7 : Extraction des données [REDACTED] EI par déclarant sur l'année 2021 Annexe 8 : Sensibilisation des salariés à la déclaration des EI/EIG et utilisation du logiciel [REDACTED] sur l'année 2021 Annexe 9 -Charte d'incitation à la déclaration des EI de déclaration des EI + EIG Annexe 10 - signalement et traitement d'un EI	Les éléments de réponse fournis par l'établissement visent à inciter et à développer la démarche de déclaration (charte d'incitation au signalement d'EI, formation à l'utilisation de l'outil [REDACTED] mise à jour de la procédure de signalement et traitement d'un événement indésirable). Elle doit être mise en oeuvre avec rigueur et sur la durée.
5	Tous les professionnels procédant à une déclaration d'événement indésirable ne reçoivent pas d'information sur les suites données ; ce qui peut leur laisser penser que leur déclaration n'a pas été prise en compte et traitée, risquant potentiellement de les décourager à déclarer un autre événement indésirable.	Cf Remarque 4	

6	L'affichage du dispositif de recueil permettant aux familles et aux usagers d'exprimer leurs réclamations et doléances n'est pas accessible.	Un cahier de recueil des réclamations/plaintes existe. Il est initialement situé dans le salon invité. En raison des travaux actuels, celui-ci a été mis à disposition à l'accueil. Il sera, par la suite, remis dans le salon des familles afin que les familles puissent y déposer leurs avis, suggestions et réclamations. Une communication aux familles sera faite en ce sens. Ce registre est connu par les familles et les résidents. Toutefois les familles et résidents ont pris l'habitude de faire part de leurs plaintes et réclamations directement au Responsable Relation Famille. De plus, Korian à mis en place une ligne d'écoute pour les familles et résidents : Ecout'Client. Cette ligne permet d'être entendu, d'être accompagné et de bénéficier d'expertise et d'écoute par des conseillers. Annexe 11 : Registre des réclamations/plaintes. Annexe 12 : Fiche de mission Responsable Relation Famille. Annexe 12.1 : Service écoute relations famille	Il est pris acte de ces dispositifs permettant le recueil des réclamations des usagers et des familles, et de la communication que sera en faite. Une traçabilité de l'ensemble de ces réclamations doit être assurée (quel que soit le mode de recueil : cahier, service d'écoute ou plainte directe au Responsable Relation Famille) afin d'en garantir le suivi, dans les mêmes conditions que les évènements indésirables.
---	--	---	--

7	Le remplacement du directeur durant les congés ou en cas d'absence de celui-ci n'est pas formalisé, l'absence d'organisation de subdélégations de pouvoirs compromet la continuité de la fonction de direction et peut entraîner un risque de non réponse face à une situation ou une problématique urgente.	L'établissement Korian Bergson fonctionne sur le principe d'un Pôle qui est constitué d'un Directeur de Pôle et de 3 autres Directrices sur Saint-Etienne. Le planning des congés et/ou absence de la Direction est réalisé en fonction de celui des autres Directions qui porteront l'astreinte de l'établissement. Les équipes et membres du CODIR sont au fait concernant cette pratique. Sur l'année 2021, la Directrice d'astreinte s'est déplacée 2 fois pour des situations d'urgence à la demande des équipes. Annexe 13 : Permanence de Direction	Manifestement, lors de l'inspection, tous les agents n'étaient pas au courant de ce fonctionnement, et malgré la demande des membres de la mission, d'un planning ou d'une procédure d'astreinte de direction, les inspecteurs n'ont pu en avoir connaissance. Au delà de la formalisation de la procédure transmise en annexe, l'information des agents, et l'affichage des plannings devront être réalisée.
8	La mission n'a pas eu accès à la délégation de pouvoir accordée au directeur ce qui ne permet pas d'attester de son existence et d'identifier les limites exactes de son pouvoir de signature.	Les délégations de pouvoir des managers ont été signées. Annexe 15.1 : Délégation de pouvoir [redacted] Annexe 15-2 : Délégation de pouvoir [redacted] Annexe 15-3 : Délégation de pouvoir [redacted] Annexe 16 : Délégations de pouvoirs Directrice Korian Bergson	Il est pris bonne note de ces éléments.

9	Absence de planning affiché lié à l'organisation interne n'est donc pas portée à la connaissance des salariés et empêche d'apprécier le taux d'encadrement effectif.	Les planning sont signés par la Direction et affichés en salle de pause par les secrétaires chaque mois. Les managers envoient ce planning par mail aux secrétaires pour signature de la Direction	Il est pris bonne note de ces éléments.
10	La politique de remplacement du personnel n'est pas formalisée et son organisation informelle déléguée aux agents ne garantit aucune effectivité	Un protocole de remplacement a été rédigé le 28/03/2022 et validé par la Direction. Il est en cours de diffusion et de communication aux équipes. Annexe 23 : Protocole de remplacement en cas d'absence	Il est pris bonne note de ces éléments.
11	Les fiches de tâches méconnues et non validées ne peuvent constituer un outil de référence et de cadre d'action utile pour les professionnels.	Les fiches de tâches sont en cours de mise à jour. Elles sont travaillées par l'IDEC et la DE. Elles seront communiquées auprès de chaque salarié.	L'établissement devra attester de la mise en œuvre de cette mesure
12	Les consignes tracées sur différents supports peuvent être à l'origine de perte d'information et présenter un risque pour la bonne prise en charge des résidents.	Le canal principal de communication entre les différentes équipes reste uniquement le logiciel [REDACTED] Nous prenons en compte votre remarque 12 et supprimons le cahier de nuit.	Il est pris bonne note de ces éléments.

13	En exposant les cadres à des exigences professionnelles excessives comme le non respect au droit à la déconnexion lors d'un jour de repos, les encadrants sont soumis à des risques psychosociaux. L'absence d'organisation formalisée des astreintes engendre une désorganisation pouvant créer des dysfonctionnements.	Un tableau d'astreinte du personnel cadre est en cours d'élaboration afin d'assurer une astreinte du Vendredi matin au Jeudi soir de la semaine suivante. Un téléphone d'astreinte est commandé au support informatique de Korian. Annexe 24 : Tableau des astreintes CODIR (1er semestre 2022)	Il est pris bonne note de ces informations (tableau identifiant les cadres d'astreinte et commande de téléphone en cours). L'établissement devra formaliser une procédure d'astreinte et veiller à la sensibilisation du personnel sur le dispositif.
14	Il n'existe pas de protocole de gestion des urgences médicales affiché.	Le protocole a été affiché en salle de pause et à l'infirmerie. L'ensemble du personnel a été formé le 05/04/2022 et le 08/04/2022. De plus dans le cadre du plan EHPUR mis en place par l'ARS, 4 de nos salariés ont le rôle de formateur aux gestes et situations d'urgence en EHPAD et sont en charge de former annuellement l'ensemble des salariés. La première session aura lieu le 18 MAI. Annexe 25 : Photographie de l'affichage du protocole de gestion des urgences médicales. Annexe 26 : Feuille d'émargement – Sensibilisation du personnel aux protocoles de gestion des urgences médicales. Annexe 27 – Fiche réflexion urgence	Il est pris bonne note de ces éléments.

15	L'absence de plan de formation continue à destination de l'ensemble des professionnels de l'établissement ne permet pas de développer et d'enrichir les compétences individuelles et collectives des professionnels (Recommandation ANESM relative aux missions du responsable d'établissement et au rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance - partie II - Décembre 2008).	Le plan de formation 2022 de la résidence a été présenté au Représentant RPX durant la réunion du mois de janvier 2022. Ce compte-rendu a été affiché avec le plan de formation 2022 le jour même avec signature du CR par la RPX.	La mission prends bonne note de ces informations. Le plan de formation 2022 devra être communiqué.
16	Il n'y a pas de compte-rendu de réunions pouvant acter des temps d'échanges organisés concernant les pratiques professionnelles et l'amélioration des pratiques.	Nous sommes actuellement en recherche d'un psychologue externe ayant une compétence sur l'animation et la conduite de séance d'analyse de la pratique.	La réalisation de temps d'échange sur les pratiques professionnelles en vu de leur amélioration restent à réaliser. L'établissement devra informer sur sa mise en œuvre.
17	Les affichages Vigipirate, interdiction de fumer, vidéosurveillance ne sont pas visibles par le public qui entre dans l'EHPAD.	cf ecart 12	Il est pris bonne note de ces éléments.
18	L'ascenseur ne répond pas aux normes européennes 81-70 (loi du 11/02/2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées).	Une demande de devis à été réalisée afin que l'ascenseur réponde aux normes européennes. Annexe 31 - Demande de devis auprès d [REDACTED]	Il est pris bonne note de ces informations. L'établissement devra transmettre les éléments lors de l'effectivité de ce dispositif.

19	Les risques de chute peuvent être accentués par l'absence de dispositifs antidérapant.	Le Responsable Technique de la résidence a établi un état des barres d'appui dans les chambres (1 barre située au niveau des toilettes et 1 barre au niveau de la salle de bain). Il a été constaté que toutes les chambres disposent d'une barre d'appui au niveau de la douche et au niveau des toilettes. De plus, le personnel est formé et sensibilisé sur le risque de chutes et la conduite à tenir. Annexe 32 – Etat des barres d'appui – Korian Bergson Annexe 33 – Sensibilisations/formations des équipes au risque de chutes.	Il est pris bonne note de ces éléments concernant les barres d'appui. Il est cependant demandé à l'établissement de prendre des mesures pour les revêtements de sols glissants.
20	Malgré l'existence d'un logiciel mouchard le temps de réponse aux appels malade reste long.	Le temps de réponse des appels malade est étudié tous les mois lors de chaque COPIL. Il est analysé par l'IDEC qui contrôle le temps de réponse. En moyenne le temps de réponse est respecté. Si nous détectons une réponse supérieure à la réglementation, un rappel est fait aux équipes. Le matériel DECT (téléphone) est changé chaque année. Dès lors que le personnel nous alerte concernant l'état du matériel, nous demandons un devis auprès du fournisseur. Annexe 34 : Changement DECT Annexe 35 : Procédure analyse des temps de réponses aux sonnettes	Au regard des constats de la mission, la vigilance sur une réponse rapide aux appels des résidents reste d'actualité.

21	Le temps de travail de médecin coordonnateur ne lui permet pas d'être associé à démarche d'admission .	Cf. ecart 15	Cf. ecart 15
22	Il n'est pas mis en place de professionnel référent pour le résident pouvant faciliter son intégration et sa vie sociale (recommandation HAS/ANESM Qualité de vie en EHPAD).	Dès son entrée, un soignant est attiré référent pour accompagner le résident lors de son arrivée et au quotidien. Ce référent a pour but de favoriser l'intégration du résident. Une réunion d'information sera effectuée afin de re-sensibiliser les équipes à ce sujet. Annexe 38 – Liste des référents pour le résident Annexe 38.1 Procédure rôle et missions des référents AS	Il est pris bonne note de ces éléments.
23	Certains résidents dans les étages doivent patienter un certain temps avant d'être aidés au repas.	Nous prenons acte de votre remarque et envisageons une modification des plannings pour permettre aux résidents concernés de bénéficier d'une aide aux repas.	Il est pris bonne note de ces éléments. L'établissement devra informer de la modification mise en œuvre pour améliorer l'aide aux repas.

24	Les mesures mises en œuvre par l'EHPAD pour lutter contre les dénutritions n'ont pas été portées à la connaissance de la mission.	La résidence réalise des CLAN (Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition). Sont abordés lors de ces CLAN : - L'état de dénutrition des résidents à risque, ciblé par notre MEDEC, IDEC et équipe pluridisciplinaire. Surveillance de l'évolution de l'albunémie, de l'enrichissement des soupes, des compléments alimentaires, des collations, etc... - Les retours du Chef et équipes d'hébergement (serveuses) concernant les habitudes alimentaires des résidents (M. X. mange très mal ou peu, il ne désire que de la purée et rien d'autre ; Madame Y a l'habitude de ne jamais manger de protéines, etc..) et la recherche de solution en équipe pluridisciplinaire. - Le retour de la Responsable Hébergement concernant la mise à jour des dotations petits déjeuners afin de répondre au mieux aux attentes et besoins des résidents. Lors de ces relèves les jeudis et les mardis, l'IDEC veille également à partager les indicateurs concernant l'IMC et la dénutrition. Annexe 39 : CR CLAN Annexe 40 - suivi de la dénutrition et indicateur	Il est pris bonne note de ces éléments.
25	L'augmentation du temps de travail du médecin coordonnateur doit être une priorité pour la direction même si les tensions fortes existent sur le marché de l'emploi pour ce type de professionnel de santé.	Cf Remarque 26 et ecart 15	Cf. Observations E15

26	L'augmentation du temps de travail du Medco est indispensable car son temps de travail ne peut permettre de garantir une veille sur l'application des bonnes pratiques).	Cf Remarque 26 et ecart 15	Cf. Observations E15
27	Des procédures de prise en charge de la douleur existent, mais elles ne sont que partiellement appliquées.	Un rappel sera fait aux équipes concernant la méthode d'évaluation de la douleur. Sur l'année 2021, des sensibilisations ont été réalisées auprès des salariés concernant la douleur (Méthode ECPA). Vous pourrez le constater sur les annexes ci-jointes. Annexe 41 : Sensibilisation sur la douleur 2021 Annexe 42 : Suivi indicateur douleur	Il est pris bonne note de ces éléments. Ces formations doivent s'inscrire sur la durée et une évaluation des pratiques doit être réalisée pour en garantir l'effectivité.
28	La multiplicité des dispositifs non rassemblés complexifie la réactivité en cas de situation d'urgence vitale à gérer. L'absence d'aspirateur de mucosité prêt à l'emploi peut engendrer une perte de chance lors de la gestion d'une fausse route d'un résident.	L'aspirateur à mucosité a été remis en route. Un rappel a été fait aux infirmiers de la résidence concernant ce sujet. (cf réponse ci-dessous) Les dispositifs ont été rassemblés afin de favoriser la réactivité en cas de situation d'urgence.	Il est pris bonne note de ces éléments.
29		Cf remarque 30	Il est pris bonne note de ces éléments.

30	Un obus d'oxygène non arimé présente un risque majeur en terme de sécurité.	Les obus d'oxygène ont été arimés le 21/03/2022. L'aspirateur à mucosité a été remis en route. Un rappel a été fait aux infirmiers de la résidence concernant ce sujet. Nous avons mis en place : 2 aspirateurs à mucosité : un prêt à l'emploi et un à monter en cas de besoin ou de remplacement. Annexe 43 – Photographie arimage des obus d'oxygène. Annexe 44 – Sensibilisation des IDE à l'utilisation de l'aspirateur à mucosité	Il est pris bonne note de ces éléments.
----	---	--	---

