

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes
La direction générale

La Métropole de Lyon

Directrice régionale Séniors RHONE
KORIAN
étoile Saint Honoré
21-25, rue Balzac
75 008 PARIS

Lyon, le **22 OCT. 2024**

Objet : Notification de décision définitive suite à inspection par les services de l'Agence Régionale de Santé et la métropole de Lyon

LRAR **2C166 947 0807 8**

PJ : 1

- Mesures correctives définitives

Madame,

Une inspection diligentée à notre initiative au titre des articles L313-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles s'est déroulée à l'EHPAD le Hameau de la Source, le 8 avril dernier, au titre de l'orientation nationale d'inspection contrôle « Plan d'inspection et de contrôle des 7 500 Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) en deux ans » (2022 – 2024) ».

Sur la base du rapport établi par la mission, nous vous avons fait parvenir par courrier du 17 juin 2024 les mesures correctives que nous envisagions de prononcer afin de remédier aux non conformités et dysfonctionnements constatés.

Vous nous avez transmis votre réponse en retour par courrier électronique du 26 juillet 2024.

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

Au terme de la procédure contradictoire et après examen approfondi de votre réponse, nous avons l'honneur de vous notifier les décisions définitives, dont vous trouverez le détail dans le tableau figurant en annexe.

Vous veillerez à mettre en œuvre l'ensemble des mesures correctives dans les délais prescrits qui courent à réception de la présente décision.

En outre, nous vous invitons vivement à présenter les conclusions de ce rapport ainsi que les mesures notifiées au prochain conseil de la vie sociale de l'établissement et à toute personne de l'établissement qui le demande.

Le suivi de la mise en œuvre des mesures correctives sera effectué par la délégation départementale du Rhône et la métropole de Lyon.

Vous veillerez à leur transmettre l'ensemble des éléments probants nécessaires dans un délai de 6 mois.

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 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, Madame la directrice régionale, à l'assurance de notre considération distinguée.



Copie à M le directeur de l'EHPAD

ANNEXE : MESURES CORRECTIVES ENVISAGEES ET REPONSES

Les mesures correctives sont prononcées en référence aux écarts et remarques formulés par la mission dans son rapport et mentionnés dans les tableaux ci-dessous.

Nature des mesures correctives

Les **injonctions et prescriptions** se fondent sur des bases législatives ou réglementaires et sont prononcées suite au constat de non-conformité par rapport à un référentiel opposable (bases textuelles). Ces mesures s'imposent à la structure inspectée.

Les **injonctions** sont formulées en réponse aux situations de non-conformité les plus significatives ou aux situations de risque majeur.

Les **recommandations** visent à corriger des dysfonctionnements ou manquements ne pouvant être caractérisés par la non-conformité à une référence juridique (dysfonctionnement source de risque(s) mais non fondé sur un texte précis et / ou manquement à référentiel de bonnes pratiques non opposable par exemple).

Maintien / levée des mesures correctives

Les mesures correctives envisagées lors de la phase contradictoire sont confirmées quand :

- Aucune réponse n'est apportée par la structure.
- La réponse n'est pas jugée satisfaisante par le commanditaire.
- La réponse constitue un engagement sur une action non vérifiable en l'état compte tenu des délais de mise en œuvre ou est une simple déclaration d'intention dépourvue d'éléments probants.
- Les engagements de la structure nécessitent une vérification sur place pour s'assurer de leur réalité (par exemple en matière de travaux).

N°	PRESCRIPTIONS	Cf. écart(s) / Remarque(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE et CONCLUSIONS
1	Elaborer un projet d'établissement dans le cadre d'une démarche participative avec le personnel, conforme aux attendus des articles L 311-8, D 311-38-3 à D 311-38-5 du CASF Conformément à l'article D 312-158-1 du CASF, élaborer un projet général de soins en lien avec l'équipe soignante intégrant la politique de l'établissement en matière de fin de vie	E1, E5, E6	6 mois	Réponse : Un plan d'action a été élaboré et est disponible dans E1-E5-E6 Projet d'établissement. Des groupes de travail débiteront mi-septembre 2024 afin d'élaborer le projet d'établissement de façon collégiale et participative. Analyse et conclusion : Il est pris bonne note de l'engagement de l'EHPAD avec la mise en place de groupes de travail à compter du 16/09/24. Le plan d'actions reste à ce stade succinct, avec l'organisation prévisionnelle de groupes de travail sans réflexion thématique. Il est rappelé la partie 2 de la prescription avec l'intégration de la politique de l'EHPAD en matière de fin de vie. Prescription n°1 maintenue dans l'attente de la transmission du projet d'établissement
2	S'assurer du fonctionnement du Conseil de la Vie Sociale conformément à l'article D 311-16 du CASF	E2	Immédiat	Réponse : En 2024, le CVS s'est réuni 3 fois (les comptes-rendus sont joints dans le fichier « E2 - CVS ») : - Le 6 mars, - Le 15 mai, - Le 12 juin. Un 4^{ème} CVS sera organisé sur le dernier trimestre 2024. Analyse et conclusion : L'EHPAD transmet des éléments probants permettant de lever la prescription. Démarche à poursuivre

3 Conformément à l'article L 312-1- II du CASF, s'assurer de la bonne qualification du personnel.	E3 Immédiat Réponse : Des embauches de soignants diplômés en cours : - [REDACTED] ASD en CDI, au 2ème étage le 15/07/24 ; - [REDACTED] ASD de nuit prise de poste le 21/08/24 ; - [REDACTED] AES et ASG, au PASA le 22/07/24. - 2 nouvelles embauches ASD sont en cours de finalisation pour 2 postes de jour en septembre en remplacement de faisant fonction ASD. Les faisant-fonction d'aide soignants sont sortis de nos effectifs (N [REDACTED] le 29/04/24) ou inscrits en VAE : - [REDACTED] - [REDACTED] Les éléments de preuve sont dans le dossier « E3 - VAE ASH SOIN ». Un nouvel accompagnement des VAE a été mis en place au sein du groupe. Une professionnelle ASD de l'établissement a candidaté pour assurer cette mission de compagnonnage. Cf E3 : VAE ASH SOIN, Note d'information Université [REDACTED] - Validation des Acquis de l'Expérience 20240321. Analyse et conclusion : Il est pris bonne note des engagements en VAE de certaines ASH et la politique de Korian dans le sens de l'accompagnement des VAE ainsi que du recrutement récent d'ASH diplômés. Le groupe KORIAN doit garantir le niveau de qualification et des diplômés fournis pour chaque poste le nécessitant
---	---

				Prescription à poursuivre
4	Conformément à l'article L 311-3 du CASF, garantir la sécurité des résidents en s'assurant d'un délai de réponse à l'appel malade suffisamment court	E4	Immédiat	Réponse : Des rappels ont été faits aux professionnels et une note de service affichée en ce sens (cf. fichier « E4 - Note de service.jpg »). Analyse et conclusion : Il est pris acte de la note de rappel du 13/6/2024 dont il convient de s'assurer de la bonne mise en œuvre Prescription à poursuivre

N°	RECOMMANDATIONS	Cf. remarque(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSIONS
	Je vous recommande de :			
1	Mettre en œuvre les autorisations d'hébergement permanent et d'hébergement temporaire conformément à la capacité autorisée	R1 et R3	immédiat	Réponse : Nous recevons des demandes d'admission régulièrement. Sur 2024, nous avons : - 4 Admissions en séjour permanent à l'aide sociale, - 15 Admissions en séjour permanent classique, - 4 Admissions en séjour temporaire, - 4 Admissions en séjour temporaire de sortie d'hospitalisation (cf. R1-R3 Réactivation du dispositif dérogatoire HTSH été - 01 juillet au 15 septembre 2024.msg). Cf. fichier « R1-R3 admissions 2024.xlsx » Sur 257 demandes d'admission clôturées en 2024, 81 l'ont été pour en raison de ressources financières insuffisante du demandeur, 40 pour relances sans réponse, 24 pour raison médicale, 39 pour refus ou annulation du résident ou de son entourage. Cf. fichier « R1-R3 Demandes d'admission perdues.xlsx ». Analyse et conclusion : L'EHPAD ne répond pas sur son taux d'occupation mais sur les nouvelles admissions réalisées, qui montrent en effet une reprise de celles-ci. Sur le dispositif d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation, il se positionne sur du dérogatoire alors qu'il dispose d'un financement pour de l'HTSH classique et doit d'abord utiliser ses places disponibles sur ce dispositif. La réponse ne correspond pas à la demande. La recommandation est maintenue dans l'attente de l'ERRD 2024 précisant les TO réalisés.

2	Assurer le fonctionnement du PASA conformément à l'autorisation et aux financements accordés.	R2	immédiat	Réponse : En accord avec nos tutelles, nous avons missionné une de nos aides-soignantes sur le PASA du 22/04/24 au 28/04/24. Elle n'a pas souhaité poursuivre sa mission. Cf. fichier « LETTRE DE MISSION ASG.pdf » En parallèle, nous avons ouvert une offre d'emploi (cf. fichier « OFFRE EMPLOI ASG.png ») Une ASG a été recrutée pour prendre son poste le 01/07/24 mais elle a malheureusement décliné notre offre (cf. email « RE_Annulation rdv.msg »). Nous avons donc proposé à une autre de nos soignantes de lui financer la formation d'ASG, qui a décliné après réflexion. Nous avons finalement recruté une ASG qui a pris son poste le 22/07/24, permettant la réouverture du PASA (cf. PJ « validation DR[REDACTED].pdf »). La réouverture du PASA est prévue le 29/07/24 (cf fichier R2 : Planning PASA ETE 2024 , tableau_de_presentation_de_la_file_active_pasa_Juillet 24) Analyse et conclusion : Il est pris bonne note de la réouverture prévue du PASA au 29/7/2024. La recommandation est maintenue dans l'attente d'éléments probants sur le caractère effectif de cette réouverture.
3	Formaliser le dispositif de recueil, traitement et analyse des réclamations	R4	Immédiat	Réponse : Le recueil, traitement et analyse des réclamations se fait dans le logiciel de gestion des risques et gestion documentaire « REDACTED », selon la procédure Korian jointe « gestion_et_traitement_des_reclamations_clients.pdf ». Les familles et résidents sont orientés vers les membres du CODIR qui enregistrent dans REDACTED les réclamations. Le CODIR suit ensuite les réclamations et y répond. Exemple : « reclamation_20367_v3_23072024_122132.pdf » Analyse et conclusion : Il est pris bonne note de la procédure et de l'exemple de réclamation transmis. La recommandation est levée
4	Mettre à jour les documents de délégation et de subdélégation, conformément à l'organisation existante	R5, R7	Immédiat	Réponse : Le nouveau directeur du Hameau de la Source, M. [REDACTED] a pris ses fonctions le 03/06/2024. Il a alors reçu une délégation de la directrice régionale, Mme [REDACTED] (cf. « Délégation DE-DR.pdf ») puis a émis une délégation envers son adjointe de direction, Mme [REDACTED] (cf. « Délégation Adj-DE.pdf »).
	Compléter le document unique	R8	Immédiat	

	de délégation sur les parties gestion budgétaire et comptable, coordination avec l'extérieur, et mise-en œuvre du projet d'établissement.			Analyse et conclusion : La structure a envoyé le même document en deux exemplaires ; il s'agit d'une subdélégation du directeur à son adjointe En l'absence de document unique de délégation de la directrice régionale au directeur d'établissement, la réponse à la recommandation 4 ne peut être analysée. Recommandation maintenue.
5	Formaliser l'organisation de la continuité de la direction	R6	1 mois	Réponse : La procédure permettant d'assurer la continuité de la direction est formalisée dans le fichier « conduite_a_tenir_en_cas_d_absence_d_un_directeur_d_etablissement.pdf ». Analyse et conclusion : Il est pris bonne note de la transmission de la procédure Clariane mais celle-ci n'est pas déclinée de manière opérationnelle au niveau de l'EHPAD Recommandation maintenue
6	Garantir la continuité de la prise en charge sur les différents moments de la journée	R9 et RM1	Immédiat	Réponse : Une erreur de saisie a eu lieu dans le logiciel du planning. Une soignante est bien arrivée à 19h30 () et a quitté son poste à 6h30. La seconde était en poste de 20h30 à 7h30. Le registre du personnel de la nuit du 7 au 8 avril en témoigne (« Emargement nuit 070424.pdf »), de même que les fiches de postes des soignants de nuit déjà transmises le jour de l'évaluation et consultables dans le fichier « R9 et RM1 - Continuité de la prise en charge ». Analyse et conclusion : Selon la feuille d'emargement transmise, Mme () déclare bien une prise de poste à 19h30 pour le 7/4 mais le 2^{ème} poste de nuit n'émarge pas. L'EHPAD ne justifie rien pour la nuit du 8/4 alors que la problématique est la même avec deux prises de poste à 20h30 au lieu d'arrivées échelonnées à 19h30 et 20h30 Il convient de s'assurer d'un fonctionnement du personnel de nuit conforme à l'organisation prévue La recommandation est reformulée : s'assurer de l'arrivée échelonnée du

				personnel de nuit, conformément à l'organisation prévue.
7	Formaliser les consignes de prise de poste pour les agents remplaçants et nouveaux arrivants	R10	2 mois	Réponse : L'embauche d'un nouveau salarié s'organise de la façon suivante : - Premier entretien avec l'IDEC pour évaluer si le candidat correspond au poste, - Second entretien avec l'IDEC pour présenter l'établissement, les équipes et le poste. Un point est fait avec l'adjointe de direction sur le dossier RH du salarié (remise email et papier du règlement intérieur, de la fiche de poste, de la fiche de fonction), - Envoi au salarié par email la veille ou l'avant-veille de sa prise de poste : de la fiche de poste, des codes de l'établissement, des accès [REDACTED] - Doubleure du nouveau salarié pour son premier jour. Cf. dossier « R10 – Prise de poste des nouveaux salariés ». Analyse et conclusion : Les éléments communiqués permettent de lever la recommandation
8	Stabiliser et mettre à jour les fiches de tâches conformément au fonctionnement réel de l'EHPAD	R11	3 mois	Réponse : Les fiches étaient déjà disponibles lors de l'inspection, il s'avère que malheureusement un changement de nomenclature avait été omis. Vous trouverez la dernière mise à jour à la suite de l'évolution de l'organisation concomitante à l'entrée de nouveau résidents ainsi qu'à l'arrivée du nouveau directeur. Les nouvelles dans le dossier « R11 ». Analyse et conclusion : Les fiches de tâches transmises datées du 22/7/2024, rédigée par l'IDEC, relus par l'adjointe de direction et validé par la directeur permettent de lever la recommandation.

9	Mettre en place un dispositif de soutien professionnel pour la prise de distance et la réflexion critique sur les pratiques quotidiennes	R12	2 mois	Réponse : Un groupe de parole a été proposé aux professionnels en mai 2024, avec l'intervention d'une psychologue d'un autre établissement du groupe en l'absence de psychologue au Hameau de la Source Cf. dossier « R12 - dispositif de soutien pro pour la prise de distance et la réflexion critique sur les pratiques quotidiennes ». Une psychologue a été recrutée le 19/06/2024. Elle a été nommée référente bienveillance et, à ce titre, est en charge d'animer des temps d'échanges autour de l'éthique et les bonnes pratiques. Une commission éthique et bientraitance a lieu une à deux fois par an. Le compte rendu de la dernière est joint. Une plateforme d'écoute psychologique est à disposition des salariés (stimulus). Analyse et conclusion : Les éléments communiqués permettent de lever la recommandation.
10	Formaliser la procédure d'élaboration et de réévaluation des projets d'accueil personnalisés et s'assurer de la réévaluation régulière de ces projets.	R13	Immédiat 31/10/2024	Réponse : La mise à jour de la procédure d'élaboration et de réévaluation des projets d'accueil personnalisés sera réalisée à partir de septembre 2024. En effet, nous avons souhaité attendre l'arrivée de notre nouvelle psychologue pour entamer ce travail. Mme [REDACTED] ayant pris ses fonctions mi-juin, mais seulement avec une journée de présence par semaine avec une évolution de son temps de travail à mi-temps à partir d'août, il nous a paru plus raisonnable d'attendre septembre. Un planning de reprise de l'élaboration des PAP a été réalisé lors d'une réunion entre la psychologue, l'IDEC et la MEDEC le 24/07/2024. Cf. dossier « R13 - R14 - Projets d'accueil personnalisés & référents » Analyse et conclusion : Il est pris bonne note de la reprise des travaux avec l'arrivée d'une nouvelle psychologue et du nouveau délai au 31/10/2024 pour la rédaction de la procédure Recommandation maintenue dans l'attente de la procédure et d'éléments probants sur la reprise de la réévaluation des projets d'accueil personnalisés.

11	Désigner un référent professionnel pour chaque résident, afin d'améliorer la qualité de l'accompagnement et du suivi	R14	3 mois	Réponse : La nomination d'un référent se fera avec la mise à jour de la procédure d'élaboration et de réévaluation des projets d'accueil personnalisé et est déjà prévue dans le planning de reprise de l'élaboration des PAP. Cf. dossier « R13 - R14 - Projets d'accueil personnalisés & référents » Analyse et conclusion : Il est pris bonne note de l'engagement de l'EHPAD sur ce point Recommandation maintenue. Réponse : Les plans de soins IDE ne comportent pas de traitement car ceux-ci se trouvent dans la partie médicament de notre logiciel. Pour ce qui est de l'insuline, nous retrouvons bien les éléments nécessaires dans les prescriptions mais pas dans les plans de soins. Des filtres permettent d'afficher les deux simultanément dans [REDACTED] ce qui n'a pas été fait le jour de l'inspection mais bien dans le fichier « R15 plan de soins IDE avec intégration des prescriptions ». En ce qui concerne les pansements, il s'avère qu'en effet les IDE ont manqué de précisions dans le détail du soin de pansement de Mme [REDACTED] Vous trouvez en élément justificatif les plans de pansements comme il est demandé de les renseigner normalement. Un rappel a donc été fait aux IDE lors d'une réunion organisationnelle. Analyse et conclusion : L'établissement a transmis un document intégrant les prescriptions sous [REDACTED] pour une résidente avec le protocole d'insuline, concernant les pansements un rectificatif a été fait pour mentionner le traitement local en place sur les plans de soins techniques. L'établissement assure avoir fait un rappel aux IDE lors d'une réunion organisationnelle sur la nécessité de renseigner les protocoles des pansements, sans toutefois transmettre de CR de cette réunion permettant d'en attester, mais il est pris acte de cette action. Recommandation N° 11 levée en considérant qu'un contrôle régulier sera fait pour que les plans de soins IDE soient correctement renseignés afin d'assurer la continuité des soins, notamment en cas de remplacement des IDE
12	S'assurer de l'exhaustivité des plans de soins IDE au regard des pathologies des résidents	R15	Immédiate	

			20/61 résidents ont une douche par jour inscrite sur la semaine. Sinon les autres résidents ont 1 à 2 douches par semaine. On peut considérer que la programmation est complète. Recommandation N°13 levée, l'établissement veillera à poursuivre sur le long court la programmation des douches de tous les résidents.
15	S'assurer de l'équilibre nutritionnel des repas et de la variété des plats proposés aux résidents	R18	Immédiat
			Réponse : Lors de l'inspection du mois d'avril, l'établissement rencontrait des problématiques d'instabilité des équipes en cuisine et avait dû sécuriser la préparation des repas en passant sur les plats prêts à l'emploi et non cuisinés sur place. Ce mode de fonctionnement limitait beaucoup les possibilités de diversité des plats proposées. Depuis l'établissement a retrouvé un mode de cuisine traditionnel basé sur les trames de menus édités par le siège avec validation nutritionnelle. L'équilibre protéinique, et au niveau des féculents, légumes, crudités, se fait bien sur la journée. Cf. « R18 -Menu semaine » : Menu du 15 au 21 juillet et Menu du 22 au 28 juillet 2024 Analyse et conclusion : Il est précisé par l'établissement des problématiques en terme d'équipes en cuisine qui étaient instables en avril 2024, avec une limitation de la diversité des plats proposés. Un mode de cuisine traditionnel basé sur des trames de menus édités par le siège avec validation nutritionnelle serait en place depuis ce constat. Les menus des 15 derniers de juillet attestent de la diversité des plats et desserts et d'un apport nutritionnel plus équilibré. Recommandation N°14 levée
16	Formaliser un compte rendu de la commission de coordination gériatrique	R19	Dès la prochaine réunion
			Réponse : Dès la prochaine réunion, un compte rendu de la commission de coordination gériatrique sera formalisé, en plus du power point de présentation. Analyse et conclusion : Recommandation maintenue dans l'attente de la transmission du CR lors de la prochaine réunion.

17	Garantir la complétude des dossiers de liaison d'urgence	R20	1 mois	Réponse : Une erreur d'impression au niveau du DLU s'est probablement produite lors de l'inspection car dans le DLU (selon les recommandations de l'HAS) la dernière évaluation GIR ainsi que l'ensemble du plan de soin du résident est annexé. Cf. « R20 DLU, fichier DLU Mme [REDACTED] » Analyse et conclusion : L'établissement confirme que l'évaluation du GIR et le plan de soin du résident sont annexés au DLU. Il a été transmis un seul DLU, celui de Mme [REDACTED] pour qui la constitution est complète. Le 2^{ème} DLU concerné n'a pas été transmis pour attester de cette mise à jour. Il n'a pas été communiqué non plus, de consigne pour l'édition des DLU indiquant la liste des documents à annexer et permettant de valider la démarche en place. La recommandation N°16 est maintenue, dans l'attente de la transmission d'un document validant la procédure de l'édition des DLU afin d'annexer tous les éléments d'informations indispensables, notamment sur la dépendance de la personne.
18	S'assurer du suivi mensuel du poids pour l'ensemble des résidents	R21	Immédiat	Réponse : Certains oublis de poids ont pu être constatés sur le suivi mis à disposition lors de l'inspection. Pour d'autres résidents, il y avait des refus ou hospitalisation. Des actions correctives ont été apportées par l'équipe d'encadrement des soins. Une extraction du suivi de ces 3 derniers mois montre un réajustement des pratiques Cf. « R21 Suivi poids » Analyse et conclusion : L'établissement annonce que des actions correctrices sur le suivi du poids ont été mises en place par l'équipe d'encadrement des soins. En effet, l'extraction de [REDACTED] sur les mois de mai juin et juillet 2024 atteste de ce suivi rigoureux mis en place. La recommandation N° 17 est levée, l'établissement veillera à poursuivre le contrôle du suivi des poids et l'effectivité des mesures pondérales mensuelles.

19	S'assurer du suivi et de la mise à jour des contentions physiques passives	R22	Immédiat	Réponse : Une nouvelle procédure groupe a été élaborée (28/06/24) et est en cours de déploiement sur l'établissement. Une sensibilisation sur les contentions a eu lieu les 23/04/24 et 15/05/24. Cf. « R22 – Contention ». Analyse et conclusion : Bien que cela n'était pas un objectif de la mesure liée à la R22, l'établissement a transmis une nouvelle procédure groupe relative à la contention en date de 26/06/2024. Elle présente de manière très complète et globale la conduite à tenir de la mise sous contention physique passive en reprenant les différentes étapes dont l'information du patient, l'évaluation en pluridisciplinarité, la recherche d'alternatives l'importance de la surveillance. Par ailleurs les modalités de la prescription sont décrites. Les contentions au lit et au fauteuil et l'utilisation pratique des matériels sont détaillées. Une sensibilisation/temps informatif relatifs à la contention auprès des personnels a été organisée comme l'atteste les 2 feuilles d'émargement du 23/04/24 et 15/05/24. Par contre l'établissement ne répond pas à la mesure corrective qui demandait de mettre en place une organisation du suivi des résidents sous contention et les modalités de mises à jour des prescriptions médicales. La recommandation N° 18 est maintenue en l'absence de transmission d'élément probant sur la gestion et le suivi des contentions physiques en place.
20	Revoir l'organisation de la traçabilité des soins afin d'éviter tout risque d'erreurs pouvant générer un évènement indésirable	R23	3 mois	Réponse : Le déploiement d'une nouvelle solution de traçabilité mobile [REDACTED] avec téléphones portables professionnels) est en cours sur les établissements Korian. Le Hameau de la Source devrait faire partie de la 3^{ème} vague de déploiement en 2025. Analyse et conclusion : Il est pris bonne note de ce projet d'évolution Recommandation maintenue dans l'attente de sa mise en œuvre.

21	S'assurer du contrôle mensuel du sac d'urgence	R24	Immédiat	Réponse : Vous trouverez en pièce jointe la traçabilité du contrôle mensuel du sac d'urgence (cf. « R24 - traçabilité du contrôle mensuel du sac d'urgence »). Analyse et conclusion : L'établissement a transmis la feuille du suivi de la dotation d'urgence intitulée « entretien et vérification du chariot/sac d'urgence et du défibrillateur » permettant d'attester du contrôle effectué en mai, juin et juillet 2024. Le nouveau numéro de scellé est indiqué, le nom et la signature de l'agent effecteur sont indiqués. Le fonctionnement des matériels/dispositifs est contrôlé. Ce document liste clairement les consignes pour la réalisation de cette tâche et l'information des professionnels. La recommandation N°20 est levée, l'établissement veillera à assurer sur le long terme cette démarche régulière du contrôle du fonctionnement et des dates de péremptions des produits et matériels de la dotation d'urgence	

