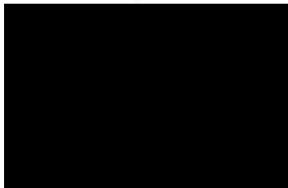


La direction générale

Affaire suivie par :



Réf. : 2022-PNIEC-28

ORPEA

Monsieur le Président Directeur Général
12, rue Jean Jaurès
92813 PUTEAUX Cedex

Chambéry, le

22 AVR. 2022

**Objet : notification de décision définitive suite à inspection par les services de l'Agence Régionale de Santé et du Conseil
Départemental de Savoie**

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

LRAR 1A 181 638 3716 C

Monsieur le Président Directeur Général,

Une inspection diligentée à notre initiative au titre des articles L. 313-13 et suivants du CASF et L. 6116-1 du CSP s'est déroulée à l'EHPAD Saint-Sébastien, le 16 février dernier.

Sur la base du rapport établi par la mission, nous vous avons fait parvenir par courrier en date du 7 mars 2022 le rapport établi par la mission comprenant un certain nombre d'écarts et de remarques. Nous vous demandons en retour de nous présenter les mesures correctives que vous envisagiez de mettre en œuvre afin de remédier aux carences, non conformités, manquements et dysfonctionnements constatés.

Vous nous avez transmis votre réponse en retour par courrier du 16 mars dernier.

Nous prenons bonne note de l'ensemble de vos observations formulées suite aux constats de la mission et notamment des engagements actés sur de nombreux points. Toutefois, il convient de souligner que la plupart des écarts et remarques sont maintenus. Seules les remarques en lien avec la tenue d'un planning des astreintes, la formalisation d'une fiche réflexe pour les situations d'urgence, la sensibilisation des soignants à l'actualisation des données du plan de soins, la gestion des plannings de douches et l'affichage des repas ont pu être levées.

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

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 et vous attacherez en particulier à :

- Engager et suivre la démarche d'élaboration du projet d'établissement (intégrant le projet de soin), en référence au rétroplanning communiqué ;

- Mettre en place un dispositif de recueil, traitement et analyse des réclamations et signalements des événements indésirables, simple, efficient et connu de tous (professionnels, usagers et leurs familles) ;
- Améliorer la communication interne et développer les échanges entre les professionnels, en instaurant notamment des temps de réunion d'équipe ;
- Poursuivre le travail d'appropriation par les soignants des protocoles et optimiser l'accès à la base documentaire ;
- Définir et formaliser une politique de remplacement du personnel ;
- Mettre en place un véritable plan de formation, sur la base d'un document formalisé, global et unique, assorti d'un suivi des formations réalisées ;
- Impulser une réflexion collective en interne sur les limitations de déplacements des usagers, afin de garantir la sécurité et la liberté d'aller et venir et formaliser un document en ce sens ;
- Veiller à ce que la restauration réponde aux attentes des résidents en termes de qualité et de température des plats et garantisse systématiquement le respect des mixés avec rigueur.

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 Savoie de l'Agence Régionale de Santé / service personnes âgées et le Conseil départemental de Savoie / Service Accueil en établissement personnes âgées.

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 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 Président Directeur Général, l'expression de notre considération distinguée.

Pour l'Agence Régionale de Santé

Par délégation

Muriel Vidale

Pour le Conseil Départemental de la Savoie,

Pour le Président

La vice-présidente déléguée

Corine WOLFF

Copie à la Directrice de l'EHPAD Saint-Sébastien
AR 1 A 81 638 3743

EHPAD SAINT-SEBASTIEN - Inspection ARS/CD de Savoie du 16 février 2022

N°	CONSTATS - Ecart/Remarque	ELEMENTS DE REPONSE DE L'EHPAD	ANALYSE DE LA REPONSE CONCLUSION - MESURES CORRECTIVES ATTENDUES
ECARTS			
1	En ne disposant pas d'un projet d'établissement depuis moins de 5 ans, et n'ayant pas initié la démarche d'élaboration de ce projet, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article L311-8 du CASF.	La Direction évoque la pandémie pour expliquer le retard pris dans la réécriture du projet d'établissement. Elle indique que l'une des priorités de la nouvelle équipe de direction est la réécriture du projet d'établissement en 2022. Un rétroplanning avec les principales dates a été transmis (Annexe 2). Les dates intermédiaires seront définies lors du 1 ^{er} COPIL (sans précision de date).	corrective attendue : 1/ Formaliser un projet d'établissement, en associant l'ensemble des professionnels, de manière à « donner un sens à leurs pratiques professionnelles, d'en identifier le cadre organisationnel et d'en rappeler la finalité : répondre aux besoins et aux attentes des usagers » (Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service, ANESM, décembre 2009). 2/ Transmettre l'état d'avancement de la démarche du projet à l'ARS (Délégation départementale de Savoie - Service Personnes âgées) et au Conseil départemental de Savoie (Service Accueil en établissement et services pour personnes âgées) à 3, 5 et 9 mois. 3/ Transmettre une copie du document définitif à l'ARS et au CD de Savoie . Délai : La finalisation et la validation du projet d'établissement sont attendues pour fin 2022.
2	L'absence de signalement systématique des EIG à l'ARS constitue un manquement grave de la part de la Direction de l'établissement, en référence à l'article R. 331-8 du CASF (sans délai et par tout moyen).	La Direction indique que l'évènement remonté au jour de l'inspection n'avait en effet pas été déclaré auprès de l'ARS et du CD. Lors de la survenue de l'évènement, et au vu des actions préventives mises en place pour prévenir le décès, le médecin coordonnateur avait estimé que l'évènement en question n'était pas un EIG. En outre, le critère correspondant au caractère inattendu des conséquences afin de qualifier l'évènement en EIGS n'était pas rempli, ni celui de la relation avec le soin. Toutefois, concernant cet évènement, et à réception de la demande de l'ARS et du CD, un formulaire d'évènement indésirable a été adressé. A réception, l'assistante des services a sollicité une déclaration d'EIGS via le portail du gouvernement. L'établissement a répondu à la demande par courriel indiquant la qualification de l'évènement comme EIG, et une proposition d'échange entre médecins a été actée. Comme mentionné à la réponse des remarques 3 et 4, l'établissement déclare vouloir s'engager à re-sensibiliser le personnel à l'identification et à la remontée des évènements indésirables et indésirables graves, via notamment les outils mentionnés.	La réponse apportée par l'établissement sur ce point porte principalement sur un évènement qui s'est produit le 6 février 2022 et découvre fortuitement au cours de l'inspection sur site (et non évoqué par la Direction). L'écart formulé vise plus largement le caractère systématique du signalement des EIG à l'ARS. En effet, la culture de déclaration (définition et identification, en référence à la réglementation) n'apparaît pas acquise par les professionnels (y compris de la Direction) et la gestion qui en découle n'est pas maîtrisée. Par ailleurs, il est pris acte de l'engagement de l'établissement à sensibiliser le personnel à l'identification et à la remontée des EIG. L'écart n°2 est donc maintenu. Action corrective attendue : Développer la culture de déclaration des EIG/EIGS pour analyser les causes de survenue et éviter les répétitions. Sensibiliser les professionnels à la démarche globale et s'assurer de son appropriation. Délai : Immédiat

3	Chaque résident ne bénéficie pas d'un projet de vie individualisé formalisé, adapté à ses besoins et réévalué régulièrement, contrairement à l'article L311-3 du CASF.	La Direction évoque la crise sanitaire pour expliquer le retard pris sur la mise à jour des projets personnalisés. Selon elle, la psychologue et l'infirmière coordinatrice ont établi un tableau de suivi afin de suivre le plan d'action. Elle fait état d'une dynamique d'actualisation et de reprise d'un fonctionnement normal par la présentation d'un document formalisant ce suivi. Elle indique que chaque résident dispose d'un projet personnalisé, en affirmant qu'aucun résident n'est sans projet personnalisé formalisé dans le logiciel de soin, qui est la principale base de travail. A la lecture de ce tableau, elle confirme que deux résidents n'ont pas bénéficié de la mise à jour de leur projet personnalisé, celle-ci étant prévue en avril 2022 (Annexe 41). La Direction ajoute que le classeur présenté à la mission était un classeur de soin, mis à jour depuis l'inspection sur site.	Au jour de l'inspection, le classeur de soin mentionnant les projets personnalisés comportait des pages vides pour plusieurs résidents ; ce qui montrait que certains résidents n'en disposaient pas. Il est pris acte que le logiciel de soin est à jour, selon les déclarations de la Direction, pour ce qui relève des projets personnalisés. L'écart n°3 est levé. Toutefois, une vigilance particulière est demandée à la Direction sur l'existence, le suivi et l'actualisation à fréquence régulière et en cas de besoin du PVI pour chaque résident accueilli, conformément à la réglementation.
4	L'absence de recrutement d'un médecin coordonnateur, avec un temps d'intervention à 0.5 ETP au vu de la capacité autorisée, n'est pas conforme à la réglementation (article D. 312-1 du CASF).	L'établissement, comme beaucoup d'autres structures, se heurte aux difficultés de recrutement d'un médecin coordonnateur à hauteur de 50% d'un temps plein. Comme expliqué lors de l'inspection, plusieurs annonces de recrutement sont en ligne, avec le recours à différents cabinets de recrutement. En outre, en plus des visites et interventions du Docteur [REDACTED] médecin coordonnateur régional, qui se rend disponible autant que nécessaire, l'établissement fait appel au Docteur [REDACTED] recruté en qualité de médecin coordonnateur depuis le 7 février 2022, à hauteur de 10% d'un temps plein. Il est en charge notamment de la validation des dossiers d'admission. Il assure le suivi nutritionnel des résidents, ainsi que le bilan biologique des entrées.	Il est pris acte des difficultés rencontrées pour recruter un médecin coordonnateur. Il est également pris bonne note du recrutement récent d'un médecin coordonnateur, à hauteur de 0.10 ETP, avec un rôle adapté à son temps d'intervention (validation des dossiers d'admission, suivi nutritionnel des résidents et bilan biologique des entrées). Toutefois, l'écart n°4 est maintenu, au regard de la réglementation qui est respectée seulement partiellement. Action corrective attendue : S'assurer d'un temps d'intervention de médecin coordonnateur conforme à la réglementation (0.5 ETP au vu de la capacité autorisée). Délai : Dès que possible
5	L'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article D312-158 du CASF stipulant que sous la responsabilité et l'autorité administrative du responsable de l'établissement, le médecin coordonnateur élabore, avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soins, s'intégrant dans le projet d'établissement.	L'établissement évoque le retard pris dans la réécriture du projet d'établissement en raison de la crise sanitaire. Un rétroplanning a été transmis au terme de la procédure contradictoire. Il retrace les étapes de l'élaboration du projet d'établissement avec la transmission d'un exemplaire du projet de soins au médecin coordonnateur régional pour lecture au 22/09/22.	Dont acte. Mesure corrective attendue : L'avancée du projet de soins sera notifiée à l'ARS et au Conseil Départemental, régulièrement jusqu'à sa version finale. Délai : A 3 mois, 6 mois et 9 mois
6	En l'absence de médecin coordonnateur, l'information et la formation des protocoles ne peuvent être assurées ; ce qui compromet l'application des bonnes pratiques gériatriques, conformément à l'art. D 312-158-5° CASF.	L'établissement fait part de sa difficulté à recruter un médecin coordonnateur à 0.50 ETP. Il évoque la participation de l'IDEC de l'EHPAD à la sensibilisation aux bonnes pratiques gériatriques via des formations : aux protocoles, des échanges en équipes pluridisciplinaires, ainsi que la présence dans l'établissement de l'IDEC et du médecin régional à 5 reprises depuis le 1 ^{er} novembre 2021.	Il est pris bonne note de l'implication de l'IDEC dans la sensibilisation aux bonnes pratiques gériatriques via les mini-formations aux protocoles qu'elle organise. Toutefois, l'établissement est appelé à la vigilance sur le fait que ce temps de préparation et de diffusion d'informations est susceptible d'impacter le temps de travail de l'IDEC, au détriment de ses autres missions auprès des professionnels. Mesure corrective attendue : En l'absence de médecin coordonnateur à 0.50 ETP, poursuivre la formation des protocoles par l'IDEC auprès des professionnels, en veillant à ce que ce temps n'impacte pas fortement ses autres missions. Délai : Immédiat
7	Les modalités de stockage des bouteilles d'oxygène ne sont pas conformes au RCP et au règlement de sécurité relatif aux établissements recevant du public (conservation dans un local dédié et ventilé, bouteilles arrimées).	Une photographie transmise par l'EHPAD atteste de l'arrimage des bouteilles d'oxygène. L'établissement indique que le local est spacieux et ventilé (présence de climatisation).	Dont acte pour l'arrimage des bouteilles d'oxygène. La climatisation n'a pas d'effet sur l'aération du local qui doit être obtenue, soit en ouvrant la fenêtre, soit en posant un petit châssis d'aération sur celle-ci. En outre, les bouteilles doivent être éloignées des sources de chaleur. L'écart n°7 est maintenu concernant la ventilation du local. Mesure corrective attendue : assurer une aération du local par l'ouverture de la fenêtre ou par la pose d'un petit châssis d'aération sur celle-ci et éloigner les bouteilles d'oxygène des sources de chaleur.
REMARQUES			

RM1	Le nombre de résidents pris en charge dans la structure, au jour de l'inspection, diffère suivant les sources d'informations (déclaration de la directrice, 2 listes de résidents, registre légal des entrées et sorties) : ce qui ne permet pas de garantir la sécurité des résidents.	La Direction déclare que le nombre de résidents présents au jour de l'inspection (le 16 février 2022) est de 54 et qu'ils sont tous enregistrés dans le registre des entrées et sorties. Un séjour temporaire, en cours de renouvellement, n'avait pas été pris en compte (■■■■■) sur le logiciel de gestion des séjours, pour cause de temps de traitement par le service comptabilité de l'avenant de prolongation signé. La secrétaire est chargée de la tenue du registre des entrées et sorties des résidents et tout mouvement d'entrée/sortie doit être renseigné le jour même. En cas d'absence de la secrétaire, la Directrice ou l'Adjoint de Direction se charge de cette tâche. Concernant la sécurité, la Direction indique que le dossier de soin de Mme L. était bien actif sur le logiciel de soin	La réponse apportée par la Direction, au terme de la procédure contradictoire, n'apparaît pas convaincante et recevable, au vu des constats établis par la mission sur site (différentiels relevés, par comparaison de plusieurs sources d'information). De plus, l'absence de garantie de sécurité des résidents soulignée par la mission n'est pas en lien avec un dossier de résident inactif sur le logiciel de soin, mais en lien direct avec l'absence de suivi en temps réel du nombre de résidents présents dans la structure. La remarque majeure n°1 est maintenue. Mesure corrective attendue : Porter une vigilance particulière sur le suivi en temps réel du nombre de résidents présents dans la structure, afin de garantir la sécurité des personnes âgées accueillies. Délai : Immédiat.
RM2	La démarche d'élaboration du projet d'établissement, envisagée en 4 mois par la Direction, s'avère trop courte pour fédérer l'ensemble des professionnels et autres parties prenantes ; d'autant plus en l'absence de médecin coordonnateur et qu'il ne s'agit pas d'une actualisation du dernier projet ; celui-ci étant échu depuis plus de trois ans (Cf. délai raisonnable 6 mois minimum, en référence aux RBPP ANESM Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement – Mai 2010).	Le lancement de la réécriture du projet d'établissement est planifié le 22 mars 2022, comme indiqué auparavant dans le rétro planning. Il s'agit d'une démarche collégiale. La démarche sera présentée aux équipes en collaboration avec la référente qualité régionale (Annexe 3). Des groupes de travail seront organisés avec les salariés. Les familles, les résidents, ainsi que les intervenants extérieurs seront également sollicités. L'élaboration du projet se fera dans des délais conformes aux préconisations de l'ANESM, soit au moins 6 mois. L'information du lancement sera reprise dans la prochaine gazette de la résidence en avril et il sera à l'ordre du jour du prochain CVS du 1^{er} avril 2022.	La réponse apportée par la Direction, au terme de la procédure contradictoire, n'apparaît pas satisfaisante, puisque celle-ci porte sur la date de lancement de la démarche d'élaboration du projet, alors que la remarque majeure n°2 porte sur la durée de la démarche (initialement envisagée en 4 mois). Au vu de la réponse apportée à l'écart n°1, il est pris acte du déroulé indiqué sur 7 mois. Mesure corrective attendue : Engager et suivre la démarche d'élaboration du projet d'établissement, en référence au rétroplanning présenté au terme de la procédure contradictoire. Délai : Avril 2022
RM3	La mention dans les fiches de tâches des IDE de retranscrire les prescriptions médicamenteuses contribue à faire courir un risque majeur aux résidents et professionnels dont la responsabilité pourrait être engagée en cas d'erreurs d'administration.	L'établissement a transmis des fiches horaires journalières pour les IDE sur lesquelles la mention de retranscription des prescriptions médicamenteuses a été retirée. Il indique par ailleurs avoir demandé aux destinataires de ces fiches de les signer.	La réponse de l'établissement est conforme aux attendus. La remarque majeure 3 est donc levée.

R 1	L'absence de réflexion collective en interne sur les limitations de déplacement des usagers peut être préjudiciable à la sécurité et à la tranquillité de l'ensemble des résidents.	Dans le règlement de fonctionnement de la résidence, il est stipulé à la page 4 dans son paragraphe 8. Liberté d'aller et venir : « Chaque résident est libre de ses allées et venues à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement, sous réserve des mesures mises en place afin d'assurer son intégrité physique et sa sécurité » (Annexe 4). Dès lors, en l'absence d'unité de soins adaptés, l'établissement déclare refuser tout dossier d'admission de résident qui présente déjà un risque de déambulation, ou un risque pouvant altérer sa qualité de vie et celle des autres. Dans le dernier projet d'établissement courant jusqu'en 2018, ce point était évoqué au chapitre « Des prises en charge spécifiques » pages 47-48. (Annexe 5) A ce jour, la résidence n'héberge pas de résidents avec des troubles de la déambulation identifiés. Cependant, les résidents qui pourraient développer ces troubles au cours de leur séjour, seraient orientés sur d'autres établissements si toutes les actions définies dans leurs projets personnalisés, permettant de circonscrire ou d'atténuer ces risques, n'aboutissaient pas. Les réunions pluridisciplinaires hebdomadaires sont l'occasion de réfléchir collectivement sur ces types de problématiques si elles venaient à se présenter, que ce soit dans le repérage ou dans la mise en place d'actions. De même, le registre bientraitance déployé au sein de la résidence doit faire apparaître les réflexions sur le sujet dès lors que	Il est pris bonne note de la réponse apportée. Toutefois, l'établissement ne peut se désengager d'une réflexion collective en interne sur cette problématique ; d'autant plus que la réorientation d'un résident sur un autre établissement n'est pas garantie dans un délai adapté. La remarque n°1 est donc maintenue. Mesure corrective attendue : Engager une réflexion collective en interne sur les limitations de déplacement des usagers, en vue de garantir la sécurité et la liberté d'aller et venir. Le document formalisé est à transmettre à l'ARS et au CD 73. Délai : 6 mois
2	L'absence de dynamique du CVS constatée au jour de l'inspection (la dernière réunion datant de 8 mois) entrave la bonne expression des familles et des usagers (avis et propositions sur toute question intéressant le fonctionnement) et, de manière plus générale, la circulation de l'information, au sein de la structure (article D 311-15 du CASP).	Trois réunions du CVS ont eu lieu en 2021, conformément à la réglementation en vigueur (annexe 6). Cependant, le contexte sanitaire de la fin d'année 2021, ainsi que du début de l'année 2022, a rendu difficilement réalisables de nouvelles réunions au sein des établissements médico-sociaux. Ainsi, la réunion du CVS envisagée par l'établissement pour la fin de l'année 2021 / début 2022 a dû être reportée. La Direction indique avoir pleinement conscience de l'importance de reprendre cette dynamique. Par ailleurs, l'information délivrée aux familles a toujours été fluide et transparente. Il existe au sein de l'établissement une gazette mensuelle permettant une diffusion régulière des informations aux familles. De plus, les familles ont pu recevoir des mailings de la Direction, faisant notamment état des situations sanitaires (Cf. ex de mailings en annexe 7).	Les éléments de réponse fournis sur ce point par la Direction ne sont pas de nature à remettre en cause le constat établi, lors de l'inspection sur site, à savoir l'absence de dynamique du CVS. Il convient de rappeler que le CVS est une instance visant à associer les usagers à l'organisation et au fonctionnement de la structure. Son rôle est de donner un avis sur ces deux axes et de proposer des solutions d'amélioration (restauration, activités d'animations, travaux à venir, bientraitance/maltraitance, gestion des événements indésirables graves, etc.). La remarque n°2 est donc maintenue dans son ensemble. Action corrective attendue : Garantir un fonctionnement normal du CVS, en veillant à ce qu'il s'inscrive dans une bonne dynamique. Délai : Immédiat

3 En ne mettant pas un dispositif de recueil, de traitement et d'analyse des réclamations et de signalements d'événements indésirables formalisé et opérationnel, l'établissement n'est pas conforme aux bonnes pratiques formalisées par l'ANESM qui recommande « de formaliser avec les professionnels les outils les plus pertinents pour le recueil et le suivi des plaintes, des réclamations et événements indésirables » (ANESM « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - Décembre 2008).	La Direction indique qu'une procédure de gestion des réclamations écrites et une procédure de gestion des réclamations orales sont en place au sein de l'établissement (annexes 12 et 13). Ces procédures permettent d'acter la réclamation reçue, de recevoir le plaignant pour évoquer les faits reprochés afin de trouver des solutions et retracer les échanges et les propositions d'actions correctives dans un courrier de réponse. Une fiche d'amélioration est mise à disposition à l'accueil, à destination des résidents, familles, salariés (annexes 14 et 14.1). Un « tout savoir sur » relatif à l'utilisation des fiches d'amélioration a été mis en place et est librement accessible par les résidents et leurs familles, ainsi que par le personnel de l'établissement. (annexe 15). Ce document est mis à disposition à l'accueil de la résidence. Cette fiche est à remplir : -Dès que l'on se rend compte d'un dysfonctionnement ayant des conséquences sur la bonne marche de l'établissement. -Dès que l'on identifie un risque pouvant avoir des conséquences graves. -en cas de remarques/plaintes d'une famille/d'un résident. Un cahier de suggestions est également mis à disposition à l'accueil. Chaque semaine, lors de la réunion staff, un point qualité est à l'ordre du jour (annexe 16) pour l'analyse et le traitement des réclamations ainsi que des fiches d'amélioration. Ces fiches sont remises au personnel administratif et sont recueillies directement à l'accueil, puis compilées dans un classeur dont les familles ont connaissance. Cependant, les résidents, les familles et les professionnels censurent encore beaucoup dans l'oralité. Une fiche réflexe « Gestion des réclamations » synthétise la démarche, elle est disposée à l'accueil, ainsi qu'en salle du personnel (annexe 17). Tout nouveau salarié reçoit un livret d'accueil qui lui est remis à son arrivée et qui comprend une charte de confiance (annexe 18). Dans cette charte de confiance, il est indiqué que la sécurité des activités doit être une des préoccupations premières et permanentes dans l'établissement. Pour ce faire et pour améliorer la sécurité des résidents, il faut identifier les situations à risques afin d'apporter les mesures correctrices nécessaires. Il est donc de la responsabilité de chaque salarié de communiquer spontanément et sans délai, toute information sur des événements indésirables. Par ailleurs, l'établissement déclare disposer d'une procédure de gestion des événements indésirables graves. Il est prévu de réaliser	Au vu de la réponse apportée sur ce point par l'inspecteur, il ressort que 3 procédures sont formalisées : une procédure de gestion des réclamations écrites, une procédure de gestion des réclamations orales et une procédure de gestion des EIG. Sont également à relever la formalisation de 3 fiches : 1 fiche réflexe "Gestion des réclamations", 1 fiche réflexe de sensibilisation à la remontée d'événements indésirables et 1 fiche réflexe réalisée à l'attention de la Direction. A souligner que la mise en place d'un dispositif de recueil, de traitement et d'analyse des réclamations et signalements d'EI, tel qu'attendu (formalisé et opérationnel) ne suppose pas de multiplier les supports, mais de rendre opérationnel un dispositif efficient et connu de tous. La sensibilisation des professionnels, en vue de les acculturer, doit se faire oralement, avec des rappels de consignes et de vigilances à fréquence régulière. Pour ce faire, il revient à la Direction de revoir en ce sens le dispositif mis en place. La remarque n°3 est donc maintenue. Action corrective attendue : Mettre en place un dispositif de recueil, de traitement et d'analyse des réclamations et des signalements d'événements indésirables efficient et simple. S'assurer de son appropriation par les professionnels, les usagers et leurs familles. Délai : 3 mois.
---	--	---

4	L'absence de réflexion interne sur la notion d'événements indésirables est un obstacle à leur identification et à une bonne gestion des actions correctives (associant l'ensemble des professionnels concernés, y compris avec une réponse au déclarant). Celle-ci n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par l'ANESM (« Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - Décembre 2008).	La Direction indique que des temps de restitution seront identifiés pour l'analyse des événements, avec la création de supports afin de s'approprier la notion d'événement indésirable. Un temps formalisé une fois par mois, lors d'une réunion entre la directrice et les équipes, abordera les EI, EIG et les actions mises en place à posteriori (annexe 20). Ainsi, l'ordre du jour de la réunion pluridisciplinaire hebdomadaire a été modifié afin que les EI, EIG y soient abordés (annexe 19). Une fiche réflexe EI rappelant les automatismes attendus des professionnels sera remis aux salariés (annexe 21), une version pour la direction a aussi été créée afin de soutenir l'action managériale (annexe 22). Il est également prévu en complément un recueil de l'ensemble des EIG formalisés sous forme d'un tableau de suivi. Une analyse des causes en équipe pluridisciplinaire via le diagramme d'ISCHIKAWA fera l'objet d'un compte-rendu et conduira à la mise en place d'un plan d'action. Les différents événements feront l'objet d'une présentation auprès des membres du CVS.	Il est pris bonne note des engagements déclarés par la Direction. Dans l'attente de leurs mises en œuvre, la remarque n°4 est maintenue. <u>Action corrective attendue</u> : Accompagner les professionnels dans l'identification et la déclaration des événements indésirables, afin d'engager une analyse et une mise en œuvre d'actions correctives, en vue d'éviter leur réitération. Délai : Immédiat
5	La conduite à tenir pour la continuité de la fonction de Direction établie par ORPEA datée du 1/11/2019 n'est pas appliquée dans l'EHPAD (pas de référent désigné et formé en interne). L'organisation mise en place n'est pas formalisée, ni connue de tous ; ce qui est préjudiciable au bon fonctionnement de la structure.	En l'absence du directeur, le référent naturel et désigné auprès des équipes de la structure est l'adjoint de direction qui est lui aussi cadre. La fiche métier (annexe 24), signée par l'adjoint de direction, détaille le métier. Au même titre que celui de l'ensemble des salariés, le planning de direction est affiché en salle du personnel. Par conséquent, tous les salariés ont connaissance des présences / absences de la direction.	La réponse apportée par la Direction sur ce point ne fait que confirmer les constats établis lors de l'inspection sur site, n'apportant aucun élément nouveau. Dans ces conditions, la remarque n°5 est maintenue. <u>Action corrective attendue</u> : Formaliser l'organisation mise en place afin de garantir la continuité de la fonction de Direction. La diffuser et s'assurer qu'elle soit connue de l'ensemble des professionnels. Délai : 3 mois
6	Au vu de la prise récente de poste de la Directrice (01/12/2021, soit moins de trois mois au jour de l'inspection) et de son manque d'expérience en cette qualité, le choix du gestionnaire de lui confier, dans le même temps, la responsabilité d'assurer la direction d'un autre établissement, à raison d'un jour par semaine, n'apparaît pas judicieux, pouvant fragiliser le fonctionnement de l'EHPAD Saint-Sébastien.	Une mission de coordination d'un autre établissement a été confiée à la Directrice début février 2022 suite au départ du directeur de cet établissement, le temps du recrutement d'un nouveau directeur. Le choix s'est naturellement porté sur La Directrice de l'EHPAD ORPEA « Saint Sébastien » au regard de sa connaissance du site. Effectivement, elle a été formée sur le poste d'adjointe de direction en contrat d'apprentissage au sein de cet établissement et a exercé cette fonction sur ce site jusqu'à sa prise de poste à Albertville. Cette mission de coordination, elle ne l'assume pas seule, le Directeur régional est également en appui constant sur le site avec un passage hebdomadaire et « dans la mesure du possible ».	Les éléments de réponse apportés sur ce point avaient déjà été portés à la connaissance de la mission. Pour cette raison, la remarque n°6 est maintenue dans son intégralité. <u>Action corrective maintenue</u> : En vue de garantir le fonctionnement normal de la structure et d'engager les améliorations attendues, la Directrice doit se concentrer à exercer pleinement sa fonction sur cet établissement. Délai : Immédiat
7	La politique de remplacement, comprenant notamment les conditions de remplacement des personnels et les conduites à tenir, n'est pas définie et formalisée en interne.	La Direction déclare avoir détaillé la conduite à tenir oralement et formalisé une procédure interne (annexe 25) de la marche à suivre, en cas d'absence inopinée de salariés. Elle prévoit de sensibiliser les professionnels de la structure les 22 et 25 mars 2022 (annexe 29.1). Cette procédure se trouve à l'accueil. L'adjoint de direction, l'infirmière coordinatrice, ainsi que la secrétaire connaissent parfaitement la marche à suivre en cas d'absence.	Il est pris bonne note de l'engagement de sensibiliser les IDE de la structure en mars 2022 sur les consignes à suivre, en cas d'absence inopinée de salariés. Cela étant, aucune réponse n'est apportée plus largement sur la politique de remplacement, dont la définition et la formalisation en interne sont inexistantes. La remarque n°7 est donc maintenue. <u>Action corrective attendue</u> : Définir et formaliser en interne une politique de remplacement (visant tout le personnel), comprenant notamment les conditions de remplacement des personnels et les conduites à tenir. Délai : 3 mois
8	La retranscription des prescriptions par les infirmiers constitue une source d'erreurs et ne garantit pas la sécurité du circuit médicamenteux et donc des résidents.	L'établissement fait part de sa difficulté pour inciter les médecins à rédiger leurs prescriptions sur le logiciel de soin. Il indique avoir entamé une démarche auprès d'une nouvelle pharmacie pour la mise en place d'un nouveau système de préparation des traitements.	Il est pris acte des réponses apportées par l'établissement. Toutefois, il convient de poursuivre le travail de partenariat et de sensibilisation des médecins traitants à l'informatisation des prescriptions. La nécessité pour l'établissement de rappeler aux soignants de ne pas retranscrire sous forme de plans de traitements les prescriptions des médecins est réitérée. <u>Mesures correctives attendues</u> : 1/ Faire cesser la pratique de retranscription des prescriptions médicales par les soignants. 2/ Poursuivre le travail de partenariat et de sensibilisation des médecins à l'informatisation des prescriptions.

9	L'absence de trace écrite du résultat des actions mises en œuvre pour répondre à un problème chez un résident ne permet ni l'évaluation, ni le réajustement de ces actions et ne contribue pas à garantir la continuité et la qualité des soins.	L'établissement évoque l'organisation des transmissions ciblées dans le logiciel de soin de l'EHPAD, ainsi que celle des transmissions orales. Il indique une formation sur les transmissions ciblées assurée par l'IDEC en 2021 et la programmation en avril d'un rappel sur la nécessité de tracer les résultats des actions entreprises.	Il est pris acte de ce rappel à venir. A souligner la nécessité de cibler l'ensemble des professionnels concernés de jour comme de nuit. <u>Mesure corrective</u> attendue : Faire un rappel, à fréquence régulière, à tous les professionnels concernés, de jour comme de nuit, de la bonne utilisation des transmissions ciblées, avec les résultats des actions entreprises. Délai : Immédiat
10	L'absence de formalisation et d'affichage de l'organisation des astreintes est préjudiciable au bon fonctionnement de l'établissement et à la bonne information des professionnels de la structure.	Le planning du personnel est affiché, selon les délais conventionnels prévus, dans la salle où le personnel émerge le matin. Tous les salariés ont donc accès au planning du personnel encadrant, mentionnant donc les jours de présence de ces derniers, en semaine et les week-end (Annexe 30). Par ailleurs, s'agissant des astreintes des Directeurs, il existe un document formalisé, affiché à l'accueil et librement consultable par les salariés (Annexe 30.1).	Le planning d'astreintes a été communiqué, au terme de la réponse contradictoire, pour les week-ends et jours fériés, au titre du 1 ^{er} semestre 2022. La remarque n°10 est donc levée.
11	Dans le cadre de la gestion des urgences médicales et le recours au centre 15, la procédure concernant l'information du cadre d'astreinte n'est pas mise à disposition des soignants.	Suite aux constats de la mission, une fiche réflexe a été formalisée par l'établissement pour les situations d'urgence avec notamment le recours au centre 15 et l'information au cadre d'astreinte. L'EHPAD indique que cette fiche sera présentée au cours de mini-formations.	Il est pris bonne note de l'existence de ce document et de sa diffusion aux équipes. La remarque n°11 est donc levée.
12	L'absence d'un véritable plan de formation ne permet pas à la mission de s'assurer que tous les professionnels sont formés à l'évolution des publics, aux nouvelles problématiques rencontrées et aux compétences techniques qu'impliquent les évolutions constatées comme le recommande l'HAS.	Pour les années 2020 et 2021, les plans de formation prévus n'ont pas pu être respectés dans leur totalité car de nombreuses formations ont été annulées en raison de la crise sanitaire.	Au vu de la teneur de la réponse formulée, la remarque n°12 est maintenue. <u>Action corrective</u> attendue : Mettre en place un véritable plan de formation (document formalisé, global et unique), assorti d'un suivi des formations réalisées, afin de s'assurer que tous les professionnels en bénéficient, conformément aux recommandations de la HAS. Délai : 6 mois
13	Les actions de formations prévues au titre de 2021, en lien avec l'accompagnement des personnes vulnérables, ont été suivies par peu de salariés (3 contre 16 prévus) ; ce qui ne permet pas une véritable montée en charge des compétences professionnelles pour les accompagnants intervenant auprès des résidents.	L'établissement évoque la crise sanitaire comme frein au déroulement des formations prévues en 2021. Des formations jusqu'à juin 2022 sont citées.	Les formations citées par l'établissement ne sont pas clairement identifiées dans le plan de formation transmis pour 2022. <u>Cf. Mesure corrective attendue formulée pour la remarque n°12.</u>
14	Les réunions de personnel, notamment des soignants (y compris de nuit), et l'encadrement étant limités, cela ne permet pas d'assurer une circulation optimale de l'information et le rappel des bonnes pratiques (Recommandation ANESM - Juin 2008 La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre. 4.1.1 Promouvoir l'échange autour de l'observation de proximité).	La Direction indique que le cahier de transmissions globales permet aux équipes et à la direction de donner des informations à destination de l'ensemble du personnel. Les salariés le signent chaque matin après lecture des éléments qui s'y trouvent. Tous les salariés ont connaissance de ce cahier (Annexe 23). De plus, outre les trois temps de transmissions quotidiens, un temps dédié à l'accompagnement des équipes de nuit est organisé. En effet, tous les jeudis, l'infirmière coordinatrice et la direction aménagent leurs plannings afin d'être présents en soirée. C'est un temps où les équipes sont sensibilisées aux procédures, d'urgence notamment (Annexe 36).	La réponse apportée par la Direction n'est pas satisfaisante. La remarque formulée est en lien avec le besoin exprimé par les professionnels rencontrés d'avoir une meilleure circulation de l'information au sein de la structure. La communication de l'encadrement d'une part et entre les professionnels d'autre part, doit être renforcée significativement. La remarque n°14 est donc maintenue. <u>Mesure corrective attendue</u> : Améliorer la communication interne et la circulation de l'information, de manière à répondre aux besoins exprimés par les professionnels. Délai : Immédiat

15	En ne mettant pas en place un dispositif d'analyse des pratiques, l'établissement n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par l'ANESM qui recommande « qu'un dispositif d'analyse des pratiques vienne compléter les autres moments de communication interne et de transmission d'informations, afin d'aider les professionnels dans leur mise à distance et leur réflexion critique sur les pratiques quotidiennes » (page 23 des recommandations de l'ANESM relatives aux missions du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance - décembre 2008).	L'établissement déclare que l'analyse des pratiques professionnelles s'effectue au quotidien, notamment par le biais des différents temps d'échanges et de rencontres comme : Les réunions pluridisciplinaires hebdomadaires en présence de l'ensemble des équipes. C'est l'occasion pour les infirmières et le médecin coordonnateur d'échanger sur les pratiques, de marquer certains points de vigilance, et de prendre des décisions appropriées en vue d'améliorer les prises en charge des résidents accueillis. Les entretiens annuels sont aussi l'occasion pour l'équipe d'encadrement de revenir sur certaines pratiques et de fidéliser les collaborateurs. Par ailleurs, un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles a été initié dans l'établissement. Comme expliqué lors de votre visite, les salariés se sont désintéressés de ce dispositif. En effet, le professionnel ne les fédérait pas autour de ce projet. Nous prévoyons donc l'intervention d'un nouveau professionnel extérieur à l'établissement afin de poursuivre le travail déjà initié. Enfin, nous formaliserons une réunion mensuelle avec notre psychologue, afin de mener une réflexion sur les pratiques des professionnels.	La remarque n°15 formulée portait sur la recommandation de l'HAS visant la mise en place d'une analyse de la pratique professionnelle, assurée par un psychologue intervenant dans le cadre d'une prestation extérieure ; ce qui n'est pas le cas dans la structure, au jour de l'inspection. La remarque n°15 est donc maintenue, même si l'établissement déclare son engagement à suivre cette recommandation. <u>Action corrective attendue</u> : Mettre en place un dispositif d'analyse de la pratique professionnelle, dans le cadre d'une prestation de service (animé par un psychologue extérieur à la structure), en référence aux recommandations de l'HAS de décembre 2008. Délai : Dès que possible
16	La disposition des locaux n'apparaît pas optimale. Certains locaux paraissent désaffectés. Les locaux de stockage des produits et équipements d'entretien sont peu accessibles.	Comme exposé lors de la visite, un plan de rénovation des chambres a été initié. 15 chambres ont été renouvelées au deuxième étage, d'autres sont actuellement en cours de rénovation. La poursuite de ces réfections est prévue, en priorisant les chambres des résidents. Par ailleurs, les locaux de stockage des produits et équipements d'entretien n'ont pas vocation à être accessibles par tous les professionnels, mais uniquement par la direction et les membres du staff de direction, qui y prennent les produits pour les répartir ensuite dans les étages dans des locaux accessibles par le personnel.	La remarque portait sur la localisation du bureau de l'IDEC et de l'infirmier trop excentrés des espaces de vie et de soins. L'établissement n'indique aucune action sur ce point. Même si les locaux de stockage sont utilisés par peu de professionnels, l'établissement doit veiller à une meilleure accessibilité. La remarque n°16 est donc maintenue. <u>Mesures correctives attendues</u> : 1/ Optimiser la disposition des locaux ; 2/ Veiller à une meilleure accessibilité des locaux. Délai : Immédiat
17	Plusieurs salles dédiées aux professionnels étaient, le jour de l'inspection, laissées ouvertes et accessibles aux résidents ; ce qui ne répond pas aux conditions de sécurité attendues.	L'établissement déclare remplacer actuellement les poignées des portes qui ne bénéficiaient pas déjà d'un mécanisme à code, afin d'étendre la sécurité attendue à toutes les portes des locaux dédiés aux professionnels (devis en attente). Il ajoute avoir sensibilisé les professionnels à l'importance de veiller à la fermeture de ces locaux et procéder à des affichages (Annexe 37).	Il est pris acte des mesures mises en place. <u>Mesure corrective attendue</u> : Transmettre la facture de remplacement des poignées de portes non munies d'un mécanisme à code, à l'ARS et au CD. Délai : Dès que possible (3 mois au plus).
18	Un certain nombre de signalisations ne correspondent pas à l'affectation des locaux. Plus largement, la signalétique est insuffisante compte-tenu de la disposition des locaux.	Dans l'attente de la révision de la signalétique en place, la Direction déclare avoir procédé à la mise en place d'une signalétique provisoire pour les salles de matériel (annexe 38), ainsi que la salle kiné (Annexe 39). Le bureau de l'agent de maintenance est identifié (Annexe 40). L'auto-laveuse mentionnée dans le rapport a été déplacée dans un espace de stockage.	Il est pris acte de ces dispositions temporaires. La signalétique doit faire l'objet d'une réflexion globale au niveau de l'établissement. La remarque n°18 est maintenue. <u>Mesures correctives attendues</u> : 1/ Engager une réflexion globale sur l'affectation des locaux dans leur ensemble. Délai : Immédiat 2/ Transmettre la facture des nouvelles signalisations, à l'ARS et au CD. Délai : Dès que possible (3 mois au plus)
19	La mention sur les plans de soins des AS, de l'administration des traitements aux heures des repas alors que cette tâche est, selon les dires des professionnels, les fiches journalières et plans de soins des IDE, réservée aux IDE, ne garantit pas la sécurité du circuit du médicament. Elle participe en outre à créer de la confusion chez les soignants au sujet de leurs missions respectives et est susceptible d'impacter gravement la prise en charge du résident.	L'établissement indique que le logiciel [REDACTED] ne permet pas de retirer l'option d'administration de traitement sur le plan de soin du résident. Il ajoute qu'il va noter en commentaires, au sein du plan de soins des résidents, la mention d'administration des médicaments par l'IDE, sauf situations particulières.	Il est pris acte de cette volonté de modification, mais il convient d'insister sur le fait que soient clairement identifiées les situations particulières et ce, de préférence en équipe IDE et AS. <u>Mesure corrective attendue</u> : Modifier les plans de soins avec ajout du commentaire concernant l'administration des traitements par l'IDE, sauf situations particulières identifiées et connues des soignants. Délai : Immédiat

20	La non actualisation des données du plan de soins et/ou l'indication d'informations erronées ne contribuent pas à assurer une prise en charge adaptée aux besoins de la personne.	L'établissement précise qu'il va resensibiliser les soignants à leur rôle dans l'actualisation des plans de soins des résidents dont ils sont référents. A noter la référence à un document pour justifier de cette sensibilisation qui ne correspond pas au document transmis (annexe 29).	Il est pris acte de cette intervention auprès des soignants. La remarque n°20 est donc levée.
21	En l'absence de mention sur la planification des douches de la réalisation quotidienne de l'une d'entre elles, l'organisation décrite ne correspond pas à la réalité.	L'établissement précise que la réalisation de la douche quotidienne non inscrite dans le planning des douches concerne un résident autonome. Il ajoute la réalisation de douches thérapeutiques pour un résident qui n'est pas mentionné sur ce planning.	Dont acte. La remarque n°21 est donc levée.
22	L'affichage des menus pour la semaine en cours, constaté au jour de l'inspection, correspondait aux menus de la semaine précédente.	Une version des menus de la semaine est imprimée et distribuée à l'ensemble des résidents, avant le début de la semaine, afin qu'ils aient l'information des menus à venir et puissent choisir d'autres plats dans la carte de remplacement. Habituellement, la mise à jour de l'affichage des menus de la semaine sur le panneau dédié à cet effet, est faite chaque semaine. Cette affichage se fait bien entendu dès le début de la semaine pour la parfaite information du résident. La Direction s'engage à demeurer plus vigilante afin d'éviter d'avoir un affichage non à jour. Au quotidien, le menu qui va être proposé au service du jour est écrit.	Il est pris acte de l'engagement portant sur la vigilance du bon affichage des repas. La remarque n°22 est donc levée.
23	Le respect des mixés n'est pas assuré systématiquement avec rigueur ; ce qui peut engendrer un risque d'apport calorique insuffisant et compromettre gravement la sécurité des usagers.	La Direction indique la conformité des textures servies, au jour de l'inspection. Le personnel de l'établissement a été formé aux textures modifiées (Annexe 45). Par ailleurs, la Direction déclare avoir tissé un partenariat avec un cabinet d'orthophonie sensibilisant les équipes et intervenant sur prescription médicale. Le chef de cuisine a été formé aux textures modifiées le 03/08/2021 par le chargé de mission restauration (Annexe 46). Une nouvelle formation a été planifiée, en vue de délivrer au chef de cuisine, ainsi qu'à la seconde de cuisine des connaissances sur les textures modifiées.	Il est pris acte des mini formations mises en place, en appelant l'établissement à faire preuve de vigilance sur le respect des habitudes d'alimentation des résidents. La remarque n°23 est maintenue. Action corrective attendue : Veiller à garantir systématiquement le respect des mixés avec rigueur. Délai : Immédiat
24	La restauration ne répond pas toujours aux attentes des résidents, en termes de qualité et de température des plats.	Selon la Direction, l'avis des résidents sur la prestation restauration est important. Chaque année, une enquête satisfaction est remise aux résidents/familles et cette thématique y est abordée. Les derniers résultats présentés aux résidents/familles/salariés en 2021 concernent l'enquête 2020 (résultats de l'enquête 2021 en attente). Pour les résultats présentés (annexe 47), le taux de satisfaction globale pour les repas était de 81,6%. Des axes d'amélioration ont été définis, notamment sur la qualité des plats. Les commissions restauration organisées tout au long de l'année sont également un moyen pour les résidents/familles d'émettre leurs avis et suggestions. Dans le compte-rendu de la dernière commission restauration du 14/10/21 (annexe 9), un avis était formulé sur la température des plats froids servis (entrées/desserts) et l'échange faisait transparaître une opposition entre attente du résident et contraintes réglementaires en cuisine collective pour éviter les risques sanitaires.	Dès lors que les menus sont définis à un niveau national, la marge de manoeuvre laissée à la commission menu interroge. La Direction déclare que des axes d'amélioration ont été définis sur la qualité des plats, mais sans indiquer les améliorations concrètes réellement apportées pour les résidents et les délais de mise en oeuvre de ces actions. La remarque n°24 est maintenue. Mesures corrective attendue : Veiller à ce que la restauration réponde aux attentes des résidents en termes de qualité et de température des plats.

25	L'appropriation, par les soignants, des protocoles de conduite à tenir vis à vis des risques médicaux est empêchée par la difficulté d'accès aux documents du fait de leur abondance, d'un classement peu méthodique des versions papier et d'un manque d'information pour accéder aux versions insérées dans l'outil informatique. L'absence de réunions de présentation de ces protocoles nuit, en outre, à l'acquisition des bonnes pratiques et des gestes à réaliser. Dans ce contexte, la prise en charge du résident, notamment en cas d'urgence, est susceptible d'être retardée ou inappropriée.	L'établissement indique que l'appropriation des procédures par les soignants est l'une des missions principales de l'IDEC. Il prévoit néanmoins une resensibilisation des professionnels à l'utilisation de la base documentaire. A noter que le document transmis pour justifier de la programmation de cette sensibilisation ne concerne pas cette action (annexe 29).	Il est pris acte des informations transmises et notamment de la sensibilisation des professionnels à la base documentaire (GED et classeur). Cependant, il n'est pas précisé si le contenu des mini-formations organisées par l'IDEC s'appuie sur les procédures mises à disposition des soignants. <u>Mesure corrective attendue</u> : poursuivre le travail d'appropriation par les soignants des protocoles et optimiser l'accès à la base documentaire. Délai : 6 mois pour l'appropriation et immédiat pour l'accès
26	L'insuffisance de prise en charge de la douleur chez le résident par les professionnels est préjudiciable en termes de qualité de prise en charge des résidents.	La formation d'un référent "douleur " est, selon l'établissement, prévue en mai 2022. Une formation est également prévue pour les nouveaux salariés, ainsi qu'une resensibilisation des médecins traitants.	Il est pris acte de ces actions. Cela étant, la remarque n° 27 est maintenue. <u>Mesure corrective attendue</u> : Poursuivre les actions dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge de la douleur chez le résident. Délai : Immédiat
27	La procédure d'accompagnement de fin de vie, étant rendue difficilement accessible, son application ne peut être garantie avec fiabilité et rigueur.	L'établissement évoque la formation d'une dizaine de professionnels en 2022 (Cf. plan de formation transmis). Il exprime le souhait de désigner et former un référent "accompagnement fin de vie" afin de mener un travail de réflexion éthique sur ce type d'accompagnement.	Il est pris acte de ces actions (formation en 2022, identification et formation d'un référent "accompagnement fin de vie"). Cela étant, la remarque n°27 est maintenue. <u>Action corrective attendue</u> : Rendre accessible la procédure d'accompagnement de fin de vie et s'assurer de son appropriation par les professionnels, afin de garantir son application. Délai : 3 mois
28	En n'optimisant pas le nombre de spécialités pharmaceutiques contenues dans le sac d'urgence, l'établissement ne peut garantir un recours efficace à son contenu.	L'EH PAD indique disposer de 2 stocks différents (urgence et première nécessité) contenus séparément.	La distinction entre le contenu des 2 stocks peut être difficile à faire pour certains produits (ex. solutés de perfusion) et retarder l'accès aux produits par les soignants. La remarque n°28 est maintenue. <u>Mesure corrective attendue</u> : optimiser le recours au sac d'urgence, donc aux produits cités dans les 2 stocks, en concertation avec ses utilisateurs. Délai : 1 mois