

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes
La direction générale

Affaire suivie par :

Le Département de la Haute-Savoie

[REDACTED]
Directrice régionale Seniors ARA
Groupe KORIAN
Allée des Etudes,
1 Rue Jean Mermoz
26200 Pierrelatte

Lyon, le **10 JAN. 2023**

Objet : LRAR – Notification de décision définitive suite à inspection conjointe réalisée par les services de l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes et du Conseil départemental de Haute-Savoie de l'EHPAD Les Myrtilles à Passy (Haute-Savoie).

LRAR 1A181 638 37906

PJ : 1 - Mesures correctives définitives

Madame la Directrice régionale,

Une inspection diligentée à notre initiative, au titre des articles L.313-13 du code de l'action sociale et des familles et L.6116-1 du code de la santé publique, s'est déroulée à l'EHPAD "Les Myrtilles" à Passy les 4 et 5 avril 2022.

Une décision d'injonction a été prononcée le 29 avril 2022 en application de l'article L.313-14 du CASF. Vous nous avez répondu dans le délai imparti. Les éléments en réponse à l'injonction que vous avez portés à notre connaissance, jugés globalement probants, ont permis de lever l'injonction. Toutefois, un point de vigilance s'impose et il sera assuré dans le cadre du suivi des mesures correctives.

Par ailleurs, sur la base du rapport établi par la mission, nous vous avons fait parvenir par courrier du 8 septembre 2022 les mesures correctives que nous envisageons de prononcer afin de remédier aux carences et dysfonctionnements constatés.

Vous nous avez transmis votre réponse par courriel du 7 octobre 2022, doublé d'un envoi postal.

Au terme de la procédure contradictoire et après examen approfondi de votre réponse, nous avons l'honneur de vous notifier nos 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 et vous attacherez en particulier à :

- Veiller à l'amélioration de la qualité de vie des résidents tout en renforçant les conditions d'hygiène et de sécurité des locaux ;
- Garantir un effectif de professionnels soignants infirmiers et aides-soignants adapté à la charge de travail et répartir les missions d'hébergement et de soins de façon adaptée aux besoins des résidents et aux compétences du personnel. Notamment en vue d'assurer une prise en charge de l'hygiène organisée, tracée et adaptée aux besoins des résidents (douches, hygiène bucco-dentaire) ;

- Améliorer l'encadrement des équipes soignantes et la qualité des prises en charge ;
- Garantir la qualité des prestations hôtelières.

En outre, nous vous invitons vivement à présenter les conclusions du rapport d'inspection ainsi que les mesures correctives notifiées à la prochaine réunion du Conseil de la Vie Sociale de l'établissement, ainsi qu'aux représentants du personnel, lors de vos échanges mensuels.

Le suivi de la mise en œuvre des mesures correctives sera effectué par le service « politiques Grand-Âge » du pôle Autonomie de la délégation départementale ARS de la Haute-Savoie et le Service « Offre Sociale et Médico-Sociale » - Direction de l'Autonomie du Conseil Départemental de Haute-Savoie.

Vous veillerez à leur transmettre l'ensemble des éléments probants nécessaires à l'issue des différents délais.

La présente décision est susceptible de recours devant le tribunal administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa réception.

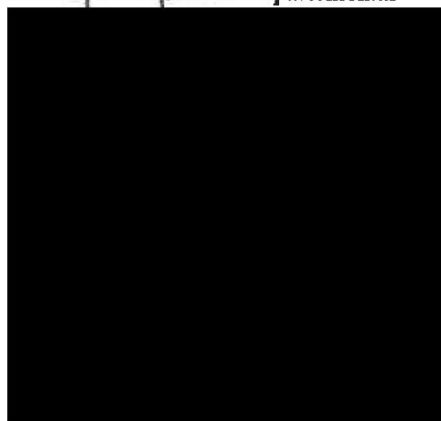
Nous vous rappelons enfin que cette décision accompagnée du rapport d'inspection fait partie des documents administratifs communicables aux tiers au sens des articles L.311-1 et L.300-2 du code des relations entre le public et l'administration.

Nous vous prions d'agréer, Madame la Directrice régionale, l'expression de notre considération distinguée.

Le Directeur Général de l'ARS



Le Président du Conseil Départemental



Copie à Madame la Directrice de l'EHPAD « Les Myrtilles »

AR 1A 181 638 3731 3

MESURES CORRECTIVES DEFINITIVES

N°	PRESCRIPTIONS envisagées	cf. écart(s) / remarque(s)	DELAI envisagé	ANALYSE DE LA REPOSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
1	METTRE L'ETABLISSEMENT EN CONFORMITE AVEC L'AUTORISATION DELIVREE : Informier les autorités de tutelle de la réduction de capacité. Veiller à maintenir un taux d'occupation proche de la capacité autorisée.	E1 R1	Immédiat 3 mois	Il est pris bonne note que 2 chambres doubles ont été transformées en chambres simples et non 3, comme indiqué dans le rapport. Celui-ci sera modifié en conséquence. La prescription n'exige pas le retour aux chambres doubles. Il est simplement demandé que les autorités de tutelle soient informées de la diminution de la capacité de l'établissement, par transformation de chambres doubles en chambres simples, pour adapter en conséquence l'arrêté d'autorisation, avec des conséquences budgétaires. Les raisons invoquées pour transformer des chambres doubles en chambres simples sont tout à fait recevables (souhait des familles et des résidents). Concernant le taux d'occupation, il est rappelé que par courriel du 8 septembre 2022, il a été précisé à la Directrice régionale Korian que l'établissement pouvait à nouveau accueillir de nouveaux résidents, suite à l'injonction définitive. Or, aucun élément d'information n'est apporté sur l'arrivée de nouveaux résidents depuis cette date. <u>La prescription N° 1 est maintenue</u> à 2 titres, dans les délais indiqués : - Dans l'attente de la décision du groupe Korian de maintenir ou non les chambres doubles transformées en chambres simples et de l'information des autorités de tutelle ; - Dans l'attente d'éléments actualisés sur le taux d'occupation.

2	RENDRE CONFORME LE PROJET D'ETABLISSEMENT AUX DISPOSITIONS DES ARTICLES L.311-8 ET D311-38 DU CASF : En introduisant a minima les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'établissement, la politique de prévention/lutte contre la maltraitance et le projet général de soins. Veiller à soumettre le projet d'établissement à la consultation du Conseil de la Vie Sociale comme le prévoit l'article L311-8 du CASF. S'assurer de l'appropriation du projet d'établissement par les professionnels pour donner du sens à leur pratique professionnelle.	E2 E3 R2	6 mois	La décision de réécrire le projet d'établissement est une initiative justifiée au regard de l'actuel projet d'établissement, au contenu très minimaliste, et au regard des attendus de la réglementation et des bonnes pratiques professionnelles de la Haute Autorité de Santé concernant les modalités d'élaboration du projet d'établissement. Le calendrier d'élaboration prévu sur 5 mois en 2023 devrait permettre un travail plus ambitieux, associant les professionnels et les résidents/familles et lui donner une dimension stratégique et de pilotage pour les 5 prochaines années. <u>La prescription N° 2 est maintenue</u> dans l'attente de la production du nouveau projet d'établissement en mai 2023.
3	ACTUALISER LE REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT CONFORMEMENT A L'ARTICLE R311-33 DU CASF	E4	6 mois	Au vu des éléments de preuve apportés (le règlement de fonctionnement actualisé et les consultations des instances : CVS et représentants du personnel), <u>La prescription N° 3 est levée.</u>

GARANTIR LA PRISE EN COMPTE DES DROITS DES USAGERS DANS LE RESPECT DE LA RÉGLEMENTATION : Doter le CVS d'un règlement intérieur conformément à l'article D311-19 du CASF et rédiger un compte rendu pour chaque CVS tenu, conformément à l'article D311-20 du CASF. Adapter la procédure d'admission aux spécificités de l'EHPAD. Indiquer les tarifs d'hébergement pour les résidents bénéficiaires de l'aide sociale dans l'annexe au contrat de séjour, conformément à l'article D311 du CASF. S'assurer de la signature systématique de l'ensemble des documents contractuels par les résidents, au moment de l'admission, conformément à l'article L311-4 du CASF. Veiller à informer systématiquement les professionnels des nouvelles entrées de résidents. Clarifier et rendre cohérents les documents d'admission sur la mention de la participation chaque fois que nécessaire du médecin coordonnateur lors de la recherche du consentement du résident (procédure « l'accueil du résident en EHPAD », contrat de séjour et le règlement de fonctionnement de l'EHPAD). Améliorer la gestion et la tenue des dossiers administratifs des résidents et s'assurer que le secret médical soit garanti.	E6 E7 R30 E11 E12 R31 R33 R34	3 mois	Il est pris bonne note du renouvellement du CVS suite à élections et que le conseil, réuni en mai 2022, a élu son nouveau Président et adopté le règlement intérieur du CVS, co-signé par l'ensemble des membres du CVS présents. Le CVS s'est réuni 2 fois cette année (mai et septembre 2022) et le 3^{ème} CVS de l'année sera programmé après la prise de poste de la nouvelle Directrice. La réponse précise que les comptes rendus sont rédigés et affichés à l'accueil de la structure. La lecture de la procédure « L'accueil du résident en EHPAD » permet d'attester que les spécificités de l'EHPAD Les Myrtilles ont été intégrées à la procédure générale. Le document « Conditions particulières au contrat de séjour – Résident bénéficiaire de l'aide sociale » mentionne bien les tarifs d'hébergement applicables au 1^{er} juin 2022 pour les résidents à l'aide sociale mais il manque la notion de tarifs « applicables à compter du 1^{er} juin 2022 ». Par ailleurs, le document intitulé « Korian Les Myrtilles vous présente ses tarifs », pour lequel la mission d'inspection avait relevé l'absence des tarifs hébergement pour les résidents à l'aide sociale et ceux de moins de 60 ans n'a pas été transmis comme élément de preuve. Sa modification pour inclure les tarifs à l'aide sociale et les tarifs destinés aux résidents de moins de 60 ans est attendue. Afin de veiller à la signature systématique de l'ensemble des documents contractuels, il est indiqué que la trame des dossiers du groupe Korian est constituée de manière à éviter tout oubli avec la présence d'un système de case à cocher pour chaque document. Cette trame était déjà celle utilisée lors de l'inspection sur site. Pour autant des oublis ont été constatés. A cet effet, il est précisé en réponse qu'un audit est en cours dans l'objectif de recenser les documents manquants pour les faire signer au résident ou à son représentant légal. Un élément de preuve de l'audit a été transmis « E12 - Eléments manquants dossier administratif résidents ». Le document produit est probant. Néanmoins, il est attendu les résultats de l'audit. Concernant l'information des professionnels sur les nouvelles admissions, la réponse est satisfaisante : présentation au « infos flash » et en CODIR. Une fiche
---	---	---------------	---

Assurer systématiquement la recherche des directives anticipées pour chaque résident.	R58	de liaison d'admission est affichée en cuisine, dans les vestiaires ainsi que dans l'infirmerie avant chaque entrée d'un nouveau résident. L'élément de preuve « R30 » devant attester que le consentement éclairé du résident est recherché lors de l'entrée du résident ne précise pas « avec la participation chaque fois que nécessaire du médecin coordonnateur ». Il est attendu que le document soit modifié pour inclure cette information prévue par la réglementation. Afin de veiller au secret médical, il est fait référence à un audit en cours dans l'objectif de recenser les documents à caractère médical présents dans les dossiers administratifs, tous les documents médicaux recensés devant être retirés. Pour étayer la réponse, un élément de preuve de l'audit a été transmis « E12 - <i>Eléments manquants dossier administratif résidents</i> ». Le document produit est probant, néanmoins, la mission reste dans l'attente de la fin de l'audit et de la régularisation des anomalies constatées. La prescription N°4 est partiellement levée pour les points se rapportant au CVS (écarts N°6 et N°7), à la procédure d'admission (R30) et à l'information des professionnels lors de nouvelles entrées de résidents (R31). La prescription N°4 est maintenue, jusqu'à la preuve de la réalisation de l'ensemble des mesures annoncées se rapportant aux autres points. Les documents probants attendus sont les suivants : Le document « <i>Conditions particulières au contrat de séjour – Résident bénéficiaire de l'aide sociale</i> », intégrant la notion de tarifs « applicables à compter du 1^{er} juin 2022 ». Le document intitulé « <i>Korian Les Myrtilles vous présente ses tarifs</i> », incluant les tarifs à l'aide sociale et les tarifs destinés aux résidents de moins de 60 ans. Les résultats de l'audit en cours dans l'objectif de recenser les documents manquants pour les faire signer au résident ou à son représentant légal ainsi que les documents à caractère médical présents dans les dossiers administratifs.
---	-----	---

				L'élément de preuve « R30 » modifié pour inclure que le consentement éclairé du résident est recherché lors de l'entrée du résident « avec la participation chaque fois que nécessaire du médecin coordonnateur ».
--	--	--	--	--

5	RÉINVESTIR LES MISSIONS DU MÉDECIN COORDONNATEUR : Augmenter le temps de travail du médecin coordonnateur à un minimum de 0,6 ETP, conformément à l'article D312-156 du CASF. Réunir la commission de coordination gériatrique comme le prévoit l'article D312-158 du CASF. Etablir le projet général de soins, coordonné par le médecin coordonnateur, en lien avec toute l'équipe soignante, conformément à l'article D312-158 du CASF.	E5 E16 E18	6 mois	Les échanges de mail transmis témoignent d'une volonté du médecin coordonnateur actuel de se faire accompagner dans ses missions par le médecin expert territorial du groupe KORIAN, de répondre aux demandes du rapport d'inspection de l'ARS qui touchent le soin. Les priorités médicales ont été bien détaillées aux cours de ces échanges. Les documents transmis témoignent de la volonté de l'établissement de recruter un second médecin coordonnateur, sans candidat identifié. L'annonce publiée requiert une expérience minimum de 5 ans, ce qui peut être un frein à l'embauche. Les documents transmis montrent l'intention de la direction et du médecin coordonnateur de réunir la commission gériatrique pour le 22/10/2022 (CR du CODIR 04/09/2022 et invitation mail). Néanmoins, aucun élément ne précise la constitution de la commission. Concernant l'élaboration du projet de soins, les échanges de mail remis évoquent la rédaction du projet de soins, sans autres éléments. La prescription N° 5 est maintenue, dans l'attente de la production des éléments probants suivants : Relatifs au temps de travail du médecin coordonnateur (écart 5) : dans le cadre du suivi de l'inspection, l'établissement devra informer la délégation départementale ARS de la Haute-Savoie trimestriellement sur l'avancée du processus de recrutement : annonces, nombre de candidats ayant postulé, ceux reçus en entretien, jusqu'à l'embauche effective d'un second médecin coordonnateur. Une vigilance sera apportée à la continuité de la mission de médecin coordonnateur La délégation départementale ARS de la Haute-Savoie devra être informée sans délai de toute démission et recrutement de médecin coordonnateur.
---	--	--	--------	--

				Relatifs à la commission de coordination gériatrique (écart 16) : il est demandé, dans le cadre du suivi de l'inspection, que l'établissement transmette le compte rendu de la commission gériatrique. Et, attente de la transmission par l'établissement du projet général de soins, dans le délai initialement prévu de 6 mois.
--	--	--	--	---

6	GARANTIR LA PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT DES RESIDENTS ET SECURISER LEUR PRISE EN CHARGE : Rédiger les projets personnalisés des résidents arrivés depuis novembre 2021 et actualiser les projets personnalisés des résidents déjà présents à cette date, conformément à l'article L311-3 du CASF. Désigner des référents pour garantir le bon déroulement des différentes phases des projets personnalisés. Garantir l'accompagnement individuel et collectif des résidents par la psychologue en poste, malgré un contexte qui fait y fait obstacle (faible niveau de compréhension du français par la psychologue). Elaborer des projets personnalisés comportant un volet soins pour tous les résidents et s'assurer de leur réévaluation systématique. Recueillir de manière systématique au moment de l'admission les éléments pour connaître le nouveau résident. Associer la personne en charge de l'animation à l'élaboration et au suivi du projet personnalisé de chaque résident. Elargir les temps d'activités encadrées par l'animatrice au vendredi, et proposer davantage d'activités actives et stimulantes en lieu et place du visionnage sur grand écran.	E13 R35 R45 R48 R32 R44 R43	3 mois	Plusieurs éléments de réponse sont apportés concernant les projets personnalisés (PP) des résidents. Ils appellent les remarques suivantes : Le « <i>Tableau de suivi des PP</i> » remis n'est pas à jour et l'avenant type présente encore des mentions obsolètes telles que Conseil général et GIR validé 2011. Le planning prévisionnel des réunions de synthèse pour l'élaboration des PP (actualisation ou PP initial) pour la période du 27/09/2022 au 25/10/2022 a été remis. Des informations sur la tenue des réunions sont apportées : elles se tiennent le mardi à 11 h en présence du résident, de sa personne de confiance (après accord) et de l'équipe des professionnels (psychologue, IDEC, IDER, médecin coordonnateur, une infirmière, un(e) aide-soignant(e) et l'animatrice). Il est aussi prévu « <i>qu'un émargement attestera de la participation de chaque personne présente</i> » et que le PP contractuel sera annexé par avenant au contrat de séjour. Le dispositif démarrant, il conviendra de transmettre les éléments de preuve pour attester de sa mise en œuvre réelle. La désignation de référents pour les PP est récente, initiée depuis le 17/09/2022 seulement. La réponse précise « <i>qu'un référent par résident sera nommé en amont de la réunion du PP et enregistré dans le dossier résident informatisé</i> ». La procédure « <i>Elaboration, révision et bilan du projet personnalisé</i> » a été transmise portant une date d'actualisation au 29/09/2022. Concernant la participation de l'animatrice à l'élaboration et au suivi du PP des résidents, les documents transmis la prévoient (<i>Procédure Elaboration, révision et bilan du PP</i>) mais aucun n'atteste de sa mise en place effective. Sur la nécessité d'élaborer un volet soins pour tous les PP des résidents, la réponse indique que « <i>pour chaque résident, dès l'entrée de la personne dans l'établissement, une grille (jointe à la réponse) des capacités préservées est élaborée par les équipes soignantes et complétées au cours du mois suivant. Cette grille est réévaluée, si besoin, lors de chaque réunion du PP</i> ». Aucune réponse n'est apportée à la problématique concernant la psychologue pour remplir ses missions au regard de son faible niveau de compréhension du français. Des éléments de réponse sont attendus.
---	---	---	---------------	---

			Concernant le recueil systématique des éléments pour connaître le nouvel arrivant à son arrivée, il est pris acte que le document « Mieux vous connaître » est remis systématiquement à chaque nouveau entrant depuis août 2022 et qu'une fois rempli le document est diffusé par mail à l'ensemble des membres du CODIR par la psychologue. L'élément de preuve « R32 – Mail psy » datant du 9 août 2022 atteste que cette démarche de recueil des habitudes, besoins et attentes du résident a été réalisée une fois. Plusieurs documents de preuve ont été produits sur la question de la variété des activités proposées et de l'élargissement de l'animation au vendredi mais sans réelle plus-value. Il est pris bonne note que lors de la commission d'animation d'octobre 2022, « les 7 résidents présents ont verbalisé qu'ils étaient très contents de ce que l'animation leur proposait mais ils ont ouvertement dit qu'ils trouvaient qu'il y avait beaucoup de choses et qu'ils n'étaient pas sûr de faire tout ce qui leur était proposé car ils avaient également envie qu'on les laisse tranquilles ». Pour autant, aucune réflexion n'a été engagée, suite au rapport d'inspection, pour renouveler les activités proposées notamment vers des animations plus actives et stimulantes que le visionnage sur grand écran, qui reste très présent sur les plannings remis (août/septembre 2022). La question de l'élargissement au vendredi des animations reste posée. <u>La prescription N°6 est maintenue, dans l'attente de la production des éléments de preuve suivants:</u> Le « Tableau de suivi des PP » mis à jour et l'avenant type actualisé. Les comptes rendus, avec feuille d'émargement, des réunions de synthèse pour l'élaboration des PP pour la période d'octobre à décembre 2022 La transmission des PP élaborés ou actualisés sur cette période est attendue en complément. Des éléments de réponse sur l'accompagnement de la psychologue en poste pour remplir ses missions au regard de son faible niveau de compréhension du français.
--	--	--	---

				Les mails de diffusion aux membres du CODIR du document « Mieux vous connaître », renseigné par la psychologue, pour les nouveaux résidents sur la période d'octobre à décembre 2022. Des éléments de réponse sur l'ouverture au vendredi des temps d'animation, et sur la diversification des activités, plus actives et stimulantes que le visionnage sur grand écran.
--	--	--	--	--

AMELIORER LA QUALITE DE VIE DES RESIDENTS TOUT EN RENFORÇANT LES CONDITIONS D'HYGIENE ET DE SECURITE DES LOCAUX : Aménager et sécuriser le jardin de l'UVP pour permettre aux résidents de l'UVP d'investir pleinement ce lieu de vie en toute sécurité. Sécuriser le système de fermeture des portes de secours de l'EHPAD. Ne pas encombrer les couloirs avec du mobilier de chambres, même de façon temporaire. Améliorer le repérage dans les locaux en clarifiant la signalétique des numéros des chambres. Revoir l'aménagement de la chambre double visitée par la mission, pour la rendre plus accueillante/chaleureuse. Réaménager les salles de bains pour en améliorer la sécurité (éviter le ruissellement de l'eau en dehors de la salle de bain) et pour garantir le respect de l'intimité des résidents (rideau en lieu et place d'une porte). Respecter impérativement la chaîne « du froid ou du chaud » dans le respect des normes HACCP et la réglementation afférente. Revoir le temps de jeûne trop important entre le repas du soir et le petit déjeuner, conformément aux dispositions de l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention	RM11 R22 R18 R19 R20 R21 R23 R24 E14 E15	3 mois	En réponse à la remarque majeure RM11 faisant le constat de l'insuffisance de l'attention portée à la sécurité des résidents de l'UVP (présence d'objets potentiellement dangereux) dans le jardin de l'UVP pouvant entraîner un risque de mise en danger, la direction de l'établissement a transmis un devis en cours de validation proche de 35 K€ (HT) pour des travaux d'aménagement de la terrasse. La réalisation des travaux est donc attendue. Il est relevé que la prévision de travaux (devis) ne répond pas pleinement aux attendus (R22) puisque qu'il n'intègre pas le réaménagement et l'adaptation du jardin de l'UVP aux besoins de ses résidents. Or, le jardin de l'UVP, dans sa configuration actuelle, ne peut être considéré comme un lieu permettant aux résidents de bénéficier d'un espace adapté à leurs sorties extérieures. Il est pris acte de l'installation d'un système de ventouses pour sécuriser les portes de secours de l'établissement ainsi que du désencombrement des couloirs avec du mobilier « non nécessaire ». Les photos transmises attestent de leur réalisation. Quant au changement de la signalétique du RDC et du 2ème étage attendu, le Plan de rénovation (BOOST) le prévoit. La signalétique du 1er étage devrait être réalisée après validation du devis en date du 27/09/2022 pour 7 146 € (HT). L'aménagement de la chambre double visitée, dont la configuration était inadaptée, traduisant un défaut d'attention accordé au bien être des occupants, a fait l'objet d'aménagements de décoration et de confort (photo transmise ; factures pour un total de 291 €). Néanmoins, cette preuve ne permet pas de constater le changement de disposition des lits placés « bout à bout », de la possibilité de regarder la télévision « ensemble » et de s'assurer de l'utilisation du rideau mural de séparation. Concernant les travaux des sanitaires (salle de bains et WC), l'établissement annonce qu'un devis est en cours de validation pour changer toutes les douches et mettre en place une porte de salle de bains dans toutes les chambres non concernées par le Plan de rénovation. Les chambres comprises dans le Plan de rénovation seront quant à elles rénovées. Le caractère urgent des travaux n'est pas pris en compte.
---	--	---------------	---

	pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Veiller à la cohérence des informations délivrées relatives aux horaires de services des repas dans le livret d'accueil et dans le règlement de fonctionnement. Assurer l'actualisation et le suivi régulier des données relatives aux régimes alimentaires pour tous les résidents. Elargir la composition de la « commission menu » à davantage de résidents pour s'assurer d'un recueil élargi des satisfactions des résidents sur la restauration. Respecter la fréquence des 4 commissions menu par an prévue dans le règlement de fonctionnement. Veiller à réunir de manière régulière le comité de Liaison pour l'alimentation et pour la nutrition (CLAN) pour attester que le suivi des sollicitations des Commissions menu et la mise à jour des apports en protéines et HPO soient systématiquement réalisés. Respecter la composition des goûters tels que prévus dans le document « Menus SENIOR Printemps 2022 ».			R36 R37 R38 R39 R40 R41	La réponse apportée sur le respect de la chaîne du froid ou chaud est satisfaisante : les documents de preuve transmis attestent de la mise en place d'actions pour veiller au respect de la chaîne du froid ou du chaud. Il est donné à titre d'exemple les formations dispensées en interne par le chef cuisinier sur « la prise de température à la distribution des repas en étage » les 3 février, 5 février et 7 septembre 2022. Les feuilles d'émaillage des formations ont été transmises à la mission d'inspection. Concernant le jeûne nocturne, il est acté qu'un plan d'actions est en cours. Le siège Korian devait présenter les propositions aux équipes le 6 octobre 2022, dont le décalage de l'horaire de dîner afin de respecter le temps de jeûne nocturne. Le plan d'actions et les modifications organisationnelles qui en découlent sont attendus. Par ailleurs, il est aussi pris acte de la mise en place d'une sensibilisation le 21 et 23 septembre 2022 des équipes de nuit concernant l'importance des collations de nuit. Il est précisé que l'IDEC sera vigilant quant à la traçabilité de la prise des collations. Les éléments de traçabilité des collations de nuit sont attendus. L'harmonisation des horaires de service des repas entre le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement a été effectuée. Les éléments de preuve le confirment. Au regard des documents transmis, l'actualisation et le suivi régulier des données relatives aux régimes alimentaires pour tous les résidents est partiellement réalisée. La réponse ne précise pas les mesures mises en place pour veiller à l'actualisation numérique des données des régimes alimentaires. Aucun élément complémentaire concernant la mise à jour conjointe du document « <i>Plan de table et des textures</i> » et « <i>Recueil alimentaire des résidents</i> » n'a été fourni à la mission d'inspection. Il est pris bonne note que la prochaine Commission menus aura lieu le 12 décembre 2022 et que tous les résidents y seront conviés. Aussi, la feuille d'émaillage et le compte-rendu de cette commission seront à transmettre dans le cadre du suivi de l'inspection.
--	---	--	--	---	--

Il est noté que la crise sanitaire en 2021 n'a pas permis de tenir les 4 Commissions menus. Pour 2022, la réponse mentionne que la fréquence de 4 Commissions par an devrait être respectée, sachant que 3 Commissions ont déjà eu lieu (comptes rendus remis). La 4^{ème} est prévue pour le 12 décembre 2022. La feuille d'émargement et le compte rendu de cette commission sont attendus.

Il est pris en considération que la crise sanitaire en 2021 n'a pas permis d'effectuer les CLAN de manière régulière. Pour 2022, il est précisé que la fréquence des CLAN devrait être respectée : les deux comptes rendus des CLAN des 20 juin 2022 et 5 septembre dernier ont été remis. Un 3^{ème} CLAN est programmé pour le 5 décembre prochain. Le compte-rendu de ce 3^{ème} CLAN est attendu.

Concernant le respect de la composition des goûters tels que prévus dans le document « *Menus SENIOR Printemps 2022* », la réponse apportée ainsi que l'élément de preuve fourni permettent d'attester l'absence de modifications significatives entre les menus manuscrits de la trame « *Menus Senior KORIAN* » et celle des menus de l'établissement (sur la période du 17 octobre au 20 novembre 2022).

La prescription N°7 est levée sur les points relatifs aux écarts et remarques suivants : R18 et R19, E14, R36 et R41.

La prescription N°7 est maintenue pour les autres points. Les éléments de preuve suivants sont attendus, avec des délais différenciés :

Le bilan détaillé de l'ensemble des travaux de rénovation, une fois réalisés, en avril 2023, afin de vérifier :

- La réalisation des travaux d'aménagement de la terrasse du jardin de l'UVP incluant le réaménagement et l'adaptation du jardin de l'UVP aux besoins de ses résidents pour qu'ils puissent en bénéficier pleinement en toute sécurité,
- Le changement de la signalétique du RDC et des 2 étages de l'établissement,

				- L'aménagement de la chambre double visitée (notamment disposition des lits, la possibilité de regarder la télévision « ensemble » et de s'assurer de l'utilisation du rideau mural de séparation). - Les travaux des sanitaires (salle de bains et WC), Le plan d'actions sur le jeûne nocturne et les modifications organisationnelles qui en découlent sont attendus ainsi que les éléments de traçabilité des collations de nuit (délai fixé à février 2023). Les mesures mises en place pour veiller à l'actualisation numérique sous NETSoins des données des régimes alimentaires (délai fixé à février 2023). La feuille d'émargement et le compte-rendu de la commission menus du 12 décembre 2022 (délai fixé à février 2023). Le compte-rendu de la réunion du CLAN du 5 décembre 2022 (délai fixé à février 2023).
--	--	--	--	--

ETABLIR LES CONVENTIONS DE PARTENARIAT NECESSAIRES A LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE EN SOINS DES RESIDENTS : Finaliser les conventions avec l'EMS Palliatifs et l'hôpital d'Annecy. Formaliser les conventions pour la gestion des urgences, les consultations gériatriques ainsi que les consultations psychiatriques. Rédiger les contrats liant l'établissement aux médecins traitants libéraux intervenant au sein de l'EHPAD, conformément aux articles L314-12 et R313-30-1 du CASF.	R46	6 mois	Les échanges de mails entre le médecin coordonnateur et les HPMB et la clinique des Vallées témoignent d'une volonté de formaliser les partenariats avec ces établissements. Le contexte de la filière géro-onto-psychiatrique est particulièrement complexe sur le territoire. Aucun élément n'a été transmis concernant les modalités de coopération avec le CHANGE. Des échanges plus institutionnels avec l'implication de la direction pourrait permettre de faciliter la signature des conventions. La prescription N° 8 est maintenue. Il est attendu comme éléments probants : - Les conventions finalisées concernant les établissements de santé avec lesquels une coopération est effective devront être transmises. - Les contrats d'intervention des médecins libéraux en cours de signature, une fois finalisés.
---	-------------------	----------------------	--

9	AMÉLIORER LA POLITIQUE DE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES, NOTAMMENT : Disposer systématiquement d'une copie du diplôme de chaque agent qualifié, comme prévu par l'article L312-1-II du CASF. Vérifier régulièrement l'extrait n°3 des casiers judiciaires pour l'ensemble des professionnels soumis à obligation de diplôme, conformément à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance. Trouver des leviers sur lesquels s'appuyer pour lutter contre le phénomène de démissions massif constaté depuis octobre 2021 au sein du pôle administratif et du pôle soins. Engager une politique de formation qualifiante volontariste des faisant fonction d'AS pour remédier à la situation préoccupante de sous-qualification des professionnels et répondre aux attendus du groupe Korian en la matière. Rétablir l'évaluation annuelle des professionnels. E9 E10 R13 R14 R15 Les documents produits en complément de la réponse sur les 1ers points de la prescription (suivi et vérification des diplômes de l'établissement et des casiers judiciaires) sont probants et confirment que l'établissement s'assure bien que les professionnels sont qualifiés et en capacité d'exercer leurs fonctions auprès d'un public vulnérable. Par ailleurs, des mesures internes ont été prises pour répondre à la problématique des démissions en masse de personnel survenues depuis octobre 2021. Le groupe s'est séparé de la directrice en poste à l'époque, [REDACTED] qui a entraîné souffrance et mal-être parmi les professionnels de l'EHPAD. Des mesures de fidélisation généralisées à tous les EHPAD ont également été lancées par le groupe Korian. L'accord collectif « NAO 2022 - UES Korian France », signé en juillet 2022, pose les éléments de cadrage de ces mesures (augmentation des salaires et diverses primes octroyées). Le développement du dispositif de la VAE est un levier mis en avant et « institutionnalisé ». Ces éléments de preuve attestent de l'engagement du groupe Korian pour stabiliser le recrutement des personnels et les fidéliser. Il est pris bonne note de la tenue des entretiens d'évaluation annuelle en octobre 2022. <u>La prescription N° 9 est levée partiellement, sur deux points :</u> Point relatif à la qualification des professionnels et à leur capacité d'exercer leurs fonctions ; Point relatif à la tenue annuelle des entretiens d'évaluation. <u>La prescription N° 9 est maintenue sur la question de la sous-qualification des personnels, pour laquelle des actions sont proposées. Compte-tenu de l'importance de cette problématique qui a fragilisé l'établissement et entraîné des dysfonctionnements majeurs évoqués dans le cadre de l'injonction, un bilan des mesures prises et envisagées à ce stade est attendu dans 6 mois (soit en mai 2023) à compter de la réception de la décision définitive.</u>
	6 mois

10	METTRE EN ŒUVRE LA DEMARCHE D'EVALUATION DES RISQUES PROFESSIONNELS : Actualiser le DUERP selon la périodicité réglementaire, conformément à l'article R4121-2 du code du travail. Réviser le DUERP, en incluant certains préoccupations et problématiques actuelles à l'EHPAD, pour en faire un outil de prévention des risques professionnels opérationnel.	E8 R10	6 mois	Il est bien noté qu'un accompagnement va être mise en place, par le préventeur régional, afin de réactualiser le DUERP. Il est rappelé l'importance de réviser le DUERP, en incluant certains préoccupations et problématiques actuelles à l'EHPAD, pour en faire un outil de prévention des risques professionnels opérationnel. <u>La prescription N° 10 est maintenue</u> dans l'attente de la production du DUERP actualisé.
11	SECURISER LES LOCAUX D'ENTREPOSAGE DU DISPOSITIF DASRI, conformément aux articles 8 et 9 de l'arrêté du 7 septembre 1999 modifié.	E19	3 mois	La mission a constaté sur place que le stockage du dispositif DASRI ne répondait pas aux normes édictées par la réglementation : « l'armoire sécurisée peut être stockée à l'extérieur à condition que l'aire de stockage réponde à l'article 9 de l'arrêté de l'arrêté du 7 septembre 1999 modifié : une aire sécurisée et à l'abri des intempéries ». La réponse atteste bien de l'acquisition d'une armoire à DASRI mais sans préciser sa localisation. Aucune information n'a été transmise pour le petit placard intermédiaire situé au rez-de-chaussée qui devrait être identifié, ventilé, éclairé, éloigné des sources de chaleur, lavable et faire l'objet d'un nettoyage régulier et tracé. <u>La prescription N° 11 est maintenue</u>, jusqu'à la preuve de la réalisation de l'ensemble des aménagements requis conformément à la réglementation dans le délai de 3 mois maximum.

N°	RECOMMANDATIONS envisagées	cf. remarque(s)	DELAI envisagé	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
	Je vous recommande de :			

1	AMÉLIORER LA GOUVERNANCE ET RENFORCER LE PILOTAGE DE L'EHPAD : Elaborer un plan d'action détaillé et un calendrier de mise en œuvre des mesures correctives envisagées dans le cadre de l'enquête sociale interne Korian de janvier 2022. La directrice doit jouer son rôle de régulation dans la gestion de l'EHPAD, avoir une attitude respectueuse vis-à-vis des professionnels et des membres du CVS. Suite 1 page suivante	RM1 RM2 R8	3 mois	Des éléments de réponse sont apportés pour chaque point de la recommandation. Les principales actions préconisées dans le cadre de l'enquête sociale sont incluses dans le plan d'amélioration continue de l'établissement, avec une date butoir pour leur mise en œuvre fixée au 13 décembre 2022. Des pilotes des actions sont identifiés. La directrice en poste au jour de l'inspection ne fait plus partie des effectifs, ce qui lève la recommandation sur ce point.
---	---	--	--------	--

1	Désigner uniquement des personnels cadres pour assurer l'astreinte téléphonique semaine/week-end comme le prévoit la procédure interne « accord de performance collective » établie par le groupe gestionnaire Korian. Formaliser les échanges et décisions prises en CODIR hebdomadaires et en COVIRIS pour faciliter la cohésion et le partage des informations entre membres du CODIR. Instaurer des réunions de travail régulières et formalisées au sein de chaque pôle (hébergement et soins). Améliorer le partage d'informations entre soignants en s'appuyant sur des temps de transmission mieux organisés. Formaliser l'organigramme afin d'apporter plus de lisibilité sur les liens fonctionnels entre les professionnels et le positionnement hiérarchique des personnels d'encadrement. Prendre en compte les problématiques de l'établissement relatives à la charge de travail des professionnels, au sous-effectif en personnel et aux glissements de tâches dans le cadre de la réflexion en cours sur la réorganisation du travail.	R4 R5 R6 R52 R3 RM4	Il est acté que dorénavant le dispositif d'astreinte repose sur les 3 cadres de l'établissement : la directrice, l'IDEC et la responsable relations familles. La recommandation est levée sur ce point. Concernant les comptes rendus du CODIR et COVIRIS, le document transmis confirme la tenue du CODIR et l'existence des comptes rendus. La transmission d'un compte rendu de CODIR aurait été bienvenue comme élément de preuve. Aucune information n'est donnée sur la rédaction ou non de comptes rendus du COVIRIS. La réponse apportée pour pallier l'absence de réunions régulières au sein du pôle soins et du pôle hébergement est insuffisante. Concernant le soin, il est fait mention de la mise en place de réunions de travail IDE trimestrielles et de la dispensation de formations pour le personnel soignant. Cette réponse est intéressante mais partielle en n'instituant pas des réunions régulières avec l'ensemble des personnels du pôle (IDE, AS et FFAS). Pour le pôle hébergement, les informations apportées sont les mêmes que celles données à la mission d'inspection. Or, il était demandé de formaliser un temps d'échange animé par la responsable du pôle et réunissant l'ensemble des agents du pôle afin de diffuser l'information utile à tous les membres du pôle hébergement de façon simultanée et/ou à traiter collectivement d'une question intéressant tous les participants. Il est pris bonne note des évolutions concernant les temps de transmission entre les équipes soignantes. La recommandation est levée sur ce point. La lecture de l'organigramme de l'établissement, actualisé lors de la dernière mise à jour du livret d'accueil 2022, est clair dans sa présentation. Il est toutefois relevé qu'il n'est pas à jour sur le nom de la directrice. La recommandation est levée sur ce point. Concernant le dernier point de la recommandation, la réponse confirme que la réflexion sur la réorganisation du travail est en cours. Il en est attendu pour janvier 2023 le bilan détaillé. <u>La recommandation N° 1 est partiellement maintenue. Il est attendu :</u>
---	---	---	---

				Des éléments de bilan des mesures préconisées dans le plan d'action de l'enquête sociale 2022, dont la date butoir de mise en œuvre est fixée à décembre 2022 ; Des éléments de bilan de la réflexion sur la réorganisation du travail est en cours ; La transmission de 2 comptes rendus du CODIR et de 2 comptes rendus du COVIRIS de novembre et décembre 2022. La recommandation est levée sur les autres points.
--	--	--	--	--

2	STRUCTURER ET FORMALISER GLOBALEMENT LA DEMARCHE QUALITE ET DE GESTION DES RISQUES : S'appuyer sur les résultats des enquêtes de satisfaction des résidents/familles pour améliorer la prise en charge des résidents. Mettre en place le plan d'amélioration continue de la qualité, et en assurer le pilotage, à l'appui des outils existants. Mettre en place un dispositif d'analyse de la pratique professionnelle. Organiser et mettre en place une politique de déclaration d'événements indésirables et de signalement en interne efficace. Doter l'animatrice d'un espace de travail correct, lui permettant de s'isoler.	R7 R9 R16 RM3 R42	Il est bien noté que l'établissement a prévu d'exploiter les résultats de l'enquête de satisfaction 2022. Le « K-PAC » de l'établissement a été remis comme document probant. Il a été actualisé depuis l'inspection et intègre des actions correctives demandées par la mission. Par ailleurs, la réponse fait état d'un accompagnement des professionnels de l'EHPAD par un prestataire extérieur [REDACTED] en vue d'établir un plan d'action pour améliorer le climat social. Le devis transmis, daté du 5 septembre 2022, est un élément de preuve insuffisant pour vérifier que l'établissement s'est engagé dans la démarche. Cette initiative est intéressante mais elle ne correspond pas aux attendus issus de la remarque de la mission qui portait sur la mise en place d'un dispositif de soutien des professionnels, de type analyse de la pratique professionnelle, de manière continue dans le temps. Il est rappelé que la charte qualité Korian promeut le soutien psychologique des professionnels, « grâce notamment à la mise en place de groupe de parole ou l'intervention de psychologue », (cf. processus n°15, droits et accompagnement du résident et de son entourage, critères d'exigence prioritaire, page 137). Concernant le signalement des EI et ELG, les preuves apportées sont identiques à celles déjà transmises à la mission et ne permettent pas de s'assurer que les campagnes de sensibilisation ainsi que les rappels de bonnes pratiques régulières sont effectifs. Seul l'affichage mentionné a été constaté sur place par la mission. Il est pris bonne note, à l'appui de la photo faisant preuve, de l'installation de l'animatrice dans une pièce à côté du bureau de la directrice avec un véritable espace de travail. La recommandation est levée sur ce point. La recommandation N° 2 est maintenue pour la presque totalité des points. Il est ainsi attendu : - La transmission de l'exploitation de l'enquête de satisfaction 2022 ;
---	--	---	---

				- Le bilan de l'avancée de la mise en œuvre des actions du « K-PAC » remis en élément de preuve ; - Les éléments de preuve de la mise en place effective d'un dispositif de soutien professionnel, d'échanges entre pairs ou de supervision (de type analyse de la pratique professionnelle) ; - Les actions mises en place pour organiser et mettre en place une politique de déclaration d'événements indésirables et de signalement en interne efficace. Les documents sont attendus dans le délai prévu de 6 mois.
--	--	--	--	--

3	GARANTIR DES PRESTATIONS HOTELIERES DE QUALITE : Améliorer les conditions de travail au sein du local lingerie pour remédier à l'état de vétusté du local et à son manque d'aération. Rendre plus explicite les tâches des ASH en distinguant sur les fiches de tâches des ASH les tâches de la semaine et celles du week-end, et les modifier pour corriger les incohérences relevées sur les fiches de tâches. Transmettre d'ensemble des fiches de tâches des ASH pour attester de la mise en œuvre de prestations hôtelières de qualité. Assurer des formations sur les bonnes pratiques professionnelles pour les ASH de manière régulière afin d'assurer l'hygiène des locaux dans des conditions optimales. S'assurer que le stockage et le transport du linge propre soient effectués dans des chariots housés. S'assurer de l'appropriation par la lingère de la procédure « circuit du linge » et du « classeur RABC », et mettre en place une réflexion sur les pratiques pour permettre le traitement du linge conforme aux bonnes pratiques préconisées par le guide relatif à la méthode RABC.	R17 R25 R26 R27 R28 R29	6 mois	Des travaux sont envisagés (devis daté du 27/09/2022 remis ; 6 452 € (HT)) pour aménager la lingerie et améliorer la circulation de l'air avec l'installation d'une VMC et la mise en peinture (blanche) sur l'ensemble des supports. Ces travaux ne répondront pas pleinement à l'amélioration attendues des conditions de travail du personnel. Il est bien noté que les fiches de tâches UK87 et UK88 ont été modifiées pour séparer les tâches à réaliser en semaine et celles à réaliser en week-end et que les incohérences ont été corrigées. Néanmoins, la lecture de la fiche de tâches UK87 permet de constater que le rythme de nettoyage reste particulièrement soutenu avec 20 à 22 chambres à faire sur un créneau horaire dédié de 4h15 (soit 40 à 43 chambres nettoyées sur 2 jours). Aucun élément de réponse n'a été formulée à ce point. La transmission de la feuille d'émargement « Nouvelle organisation fiches de tâches ASH, serveurs » permet de constater qu'une refonte de l'organisation des tâches hôtelières a eu lieu avec prise d'effet au 1^{er} octobre 2022. Toutefois, peu de fiches de tâches ont été transmises (cf. fiches de tâches UK87 et UK88), ce qui ne permet pas de porter une appréciation. Il est pris acte de l'existence d'une formation trimestrielle à l'utilisation des produits d'hygiène et de ménage réalisée par le fournisseur de l'établissement (feuilles d'émargement transmises). D'autre part, il est indiqué que des autocontrôles hebdomadaires sont réalisés par la Gouvernante auprès des agents ASH afin de s'assurer de la qualité du nettoyage des chambres. Cette pratique est mise en place depuis août 2022. Les écarts constatés sont ensuite retravaillés avec l'agent contrôlé. Aucun élément de réponse n'évoque l'inscription de formation bio-nettoyage dans le plan de formation 2022, ou 2023, pour les agents ASH. La preuve « R28 – Commande housses » atteste de la confirmation d'une commande de 5 housses pour chariots de distribution à casier. La réponse apportée mentionne la mise en place d'une formation visant à l'appropriation du classeur RABC et à la procédure « Circuit du linge ». Cette formation en interne a réuni la Gouvernante et la Lingère le 29 septembre 2022 (cf. « R29 – Emargement « circuit du linge » et classeur RABC »). Il convient
---	--	---	--------	---

				également d'indiquer que la procédure « Circuit du linge » a été mise à disposition dans le local lingerie. Cependant, aucun élément de réponse transmis ne permet d'étayer la pérennisation d'une réflexion trimestrielle ou annuelle relative à l'analyse des pratiques concernant le traitement du linge. <u>La prescription N°3 est maintenue, jusqu'à la preuve de la réalisation de l'ensemble des mesures annoncées. Les documents probants suivants sont attendus dans le délai de 6 mois :</u> Bilan des travaux de la lingerie qui doivent répondre pleinement à l'amélioration attendue des conditions de travail du personnel. Eléments explicatifs attendus sur le rythme du nettoyage des chambres. Transmettre l'ensemble des fiches de tâches remaniées du personnel hôtelier (agents ASH et serveurs) Elément de réponse sur l'inscription de formation bio-nettoyage dans le plan de formation 2022, ou 2023, pour les agents ASH. Elément de réponse pour étayer la pérennisation d'une réflexion trimestrielle ou annuelle relative à l'analyse des pratiques concernant le traitement du linge.
--	--	--	--	--

4	GARANTIR LA CONTINUITÉ DES SOINS ET DES PRISES EN CHARGE, EN VEILLANT A : Améliorer la gestion des dossiers médicaux et retracer systématiquement dans les dossiers médicaux des résidents les informations sur l'évaluation gériatrique, les antécédents et pathologies en cours, le girage et la conduite à tenir en terme de prévention des escarres. Améliorer la traçabilité des directives anticipées Mettre en place une gestion des matériels dans le cadre d'une matériovigilance, pour avoir un stock de matelas et autres matériels anti-escarres suffisants et fonctionnels. Stabiliser les effectifs soignants pour sécuriser l'organisation et le suivi des soins, améliorer l'encadrement des équipes soignantes et la qualité des prises en charge : Assurer le remplacement de manière pérenne des 3 postes d'IDE vacants et du poste de l'IDE en arrêt longue maladie [REDACTED] Limitier le recours au personnel faisant fonction d'aides-soignants, non diplômé et non qualifié.	R51 R66 RM5 RM6 RM7 RM8 R67	6 mois	Les procédures du groupe KORIAN transmises par l'établissement sur le bilan gériatrique n'apportent pas de réponses sur : - L'insuffisance de complétude des dossiers médicaux, notamment sur certains domaines comme l'évaluation gériatrique, les antécédents et pathologies en cours, le girage et la conduite à tenir en terme de prévention des escarres. - L'appropriation de ces procédures et leurs conditions de mises en œuvre au niveau local. On note une volonté du groupe d'améliorer la situation, le médecin expert régional du groupe Korian ayant identifié la bonne tenue du dossier médical et sa traçabilité comme priorité médicale n°1 dans les suites d'inspections. Les documents transmis attestent de la volonté de l'établissement de mettre en place un dispositif de matériovigilance (enregistrement ANSM, trame d'inventaire) et un suivi des matelas anti-escarre avec la réalisation d'un audit en mai 2022 qui a révélé des besoins conséquents de sevrage de matelas à air et d'achat de matelas mousse et la demande de devis de maintenance. Le rapport de l'audit n'a pas été transmis. Concernant les plannings IDE des mois de juillet, août et septembre 2022, leur lecture montre une légère amélioration de la situation avec un effectif IDE majoritairement de 2/ jour. L'IDER était absente sur les mois de juillet et août. Le nombre d'IDE renseigné dans la colonne « présents » ne correspond pas au planning. Il n'est pas précisé si ces plannings sont corrigés a postériori en fonction du présentiel. L'établissement a transmis un planning des effectifs du mois d'août 2022. La présence ASD reste majoritairement réduite à 1 à 2 ASD par jour. Les éléments transmis attestent d'un souhait de l'établissement de recruter du personnel avec la diffusion d'offres de poste et des mesures d'attractivité engagées cet été. L'établissement a mis en place une politique d'incitation pour l'engagement des FFAS dans une démarche VAE.
---	---	--	---------------	---

Mettre en place une organisation des plannings qui permette d'assurer la continuité des soins, avec des effectifs IDE et AS qualifiés, stables et en nombre suffisant. Veiller à assurer une douche hebdomadaire par résident pour une organisation des soins optimale. Elaborer des plans de soins de nursing pour tous les résidents et s'assurer de leur complétude sur les soins d'accompagnement prescrits. Programmer et réaliser les soins de bouche et l'entretien des prothèses dentaires. Organiser le suivi rapproché du poids chez les personnes dénutries et peser systématiquement les résidents mensuellement, dans le respect des recommandations de la HAS de 2009. Formaliser des démarches pour garantir la permanence des soins, notamment en l'absence de médecin présent sur la structure, afin de sécuriser la prise en charge en situation d'urgence, notamment en cas de présence de personnels remplaçants et intérimaires. Mettre à disposition des soignants ces	RM12 R49 R50 R53 R54	Les documents transmis (planning et offres de poste) ne répondent pas à la remarque n° 67 relative aux dysfonctionnements entraînés par l'insuffisance des effectifs soignants, qui génère une insuffisance majeure et grave dans l'accompagnement des résidents. Il n'est pas apporté d'élément probant à la remarque portant sur l'organisation des soins. La sensibilisation des soignants et la traçabilité des actes sont insuffisants pour attester des changements d'organisation permettant de libérer du temps pour l'accompagnement et l'hygiène des résidents. Une réflexion globale de l'encadrement est nécessaire afin de prioriser les tâches selon les compétences de chaque professionnel. Les documents transmis ne répondent pas à la remarque n° 49 : un graphique est présenté sans éléments descriptif et la procédure transmise traite du projet personnalisé et non des plans de soins de nursing. Il est pris bonne note que l'établissement a mis en place une organisation interne pour améliorer la santé bucco-dentaire des résidents (évaluation flash de la santé bucco-dentaire des résidents et sensibilisations du personnel). Cela a permis d'identifier un besoin de consultation pour 20 résidents. Les documents transmis montrent un suivi partiel du taux de mesure du poids au sein de l'établissement (délai depuis la dernière mesure non précisée, 24 résidents sans pesée) et un taux élevé de résidents en dénutrition sévère (23.1%). Les autres éléments déclaratifs ne permettent pas de s'assurer du suivi rapproché du poids dans l'établissement. En réponse à la nécessité de garantir la permanence des soins, l'établissement propose une solution de télé-médecine (formation). L'établissement prévoit d'utiliser la plateforme médicale [REDACTED] pour garantir la permanence des soins et précise une présence suffisante de médecins traitants. Les éléments fournis ne répondent pas à la remarque N° 54. Concernant la constitution des DLU, l'établissement indique avoir modifié son organisation en organisant une impression mensuelle dans un classeur. Aucun élément n'est apporté sur l'incomplétude des DLU constatée lors de l'inspection.
---	--	---

	informations. Doter tous les résidents d'un DLU complet.	R55	L'organisation proposée semble chronophage et peu efficiente et ne permet pas de s'assurer de la complétude des DLU. Il est rappelé que la complétude du DLU doit répondre à son objectif de transmission de l'information : le DLU doit être suffisamment concis pour tenir sous un format lisible rapidement (ex : format A4). D'autres établissements ont déjà réalisé ce travail avec le logiciel NETSoins et un benchmark peut s'avérer utile. L'impression doit simplement être une sécurité en cas de défaillance technique (par exemple tous les 3 à 6 mois). Le DLU doit pouvoir être imprimé de façon extrêmement simple par l'ensemble du personnel de l'établissement. <u>La recommandation N° 4 est maintenue.</u> <u>Elle est levée sur le point se rapportant à la remarque N° 50.</u> Pour autant, il est rappelé que le travail engagé doit s'inscrire dans la durée dans le cadre des suites de l'inspection, avec la rédaction d'un plan d'action précisant les échéances, les collaborations et partenariats avec des professionnels de la santé bucco-dentaire afin de sécuriser les prises en charges, le nombre de consultations chez le dentiste. Il est attendu les éléments de preuve suivants dans le délai de 6 mois, parfois ramené à 3 mois : <u>En réponse à la remarque N° 51,</u> les éléments suivants sont attendus : 6 mois - Un plan d'action détaillant les modalités de mises en place de la procédure régionale (qui pilote l'action, quelles actions, quelles échéances) ; - Les comptes rendus des réunions ; - Evaluation interne permettant de mesurer l'amélioration de la complétude des dossiers médicaux. <u>Concernant la remarque N° 66,</u> il est attendu la transmission d'éléments attestant la finalisation des travaux engagés : 6 mois - Le rapport transmis par le prestataire à l'établissement lors de l'audit sur les escarres et les matelas d'aide à leur prévention et à leur traitement, comme indiqué dans la procédure « Prévention de l'escarre » actualisée au 30/11/2021 ;
--	---	-------------------	---

				- Plan d'action sur la gestion des matériels anti-escarres : identification des responsables du matériel, de la maintenance, du suivi, mise en place d'indicateurs de suivi, échéances, etc. ; - Appropriation de la procédure transmise : identification des référents, implication des professionnels, compte-rendu de réunions, etc. ; - La trame « inventaire, de suivi et de contrôle des Equipements Biomédicaux et de Mesure » complétée. <u>Pour les remarques majeures 5 et 7,</u> les éléments probants suivants sont attendus, dans le délai de 3 mois : - Les contrats de travail des IDE nouvellement recrutés ; - Les éléments explicatifs sur la différence entre le nombre d'IDE sommées en ligne « présents » et le planning ; - Stabiliser les effectifs soignants pour sécuriser l'organisation et le suivi des soins, améliorer l'encadrement des équipes soignantes et la qualité des prises en charge. <u>Pour la remarque majeure N° 8,</u> il est attendu la production, dans un délai de 6 mois, du plan d'action sur l'ensemble des mesures d'attractivité du personnel ASD. <u>Concernant la remarque majeure N° 6,</u> il est attendu la transmission d'éléments attestant la mise en place d'une politique RH durable en termes d'attractivité, de lutte contre le turne over et de montée en compétences du personnel non qualifié : mise en place d'un plan d'action mentionnant les pilotes, les échéances, les indicateurs de suivis et les objectifs de l'établissement. Le nombre de recrutements par statut, le nombre de démissions et le nombre de VAE validées doivent figurer dans les indicateurs de suivi. Le délai est de 6 mois. <u>Pour la remarque N° 67,</u> les éléments probants sont attendus dans le délai de 3 mois : préciser le temps dédié aux soins d'escarre et aux toilettes avec un effectif de 1 ASD et 2 ASD pour 50 patients. <u>La remarque majeure N° 12</u> est maintenue dans l'attente de la transmission d'éléments probants attestant de la mise en œuvre d'un plan d'action et
--	--	--	--	--

				d'indicateurs de suivi de la qualité d'accompagnement et d'hygiène des résidents. Le temps dédié aux douches et aux toilettes par résident doit être précisé à partir de cas concrets. Délai de 6 mois. La remarque 49 est maintenue dans l'attente de la transmission des éléments suivants, dans le délai de 6 mois : - Evaluation interne de la complétude d'un échantillon aléatoire de plans de soins : hydratation, repas, évaluation de la douleur, soins d'hygiène, surveillance de l'état cutané, etc. ; - Plan d'action sur la complétude des plans de soins détaillant les pilotes, les actions, dates des réunions pluridisciplinaires, identification du coordonnateur, les échéances et les indicateurs de suivi. Concernant la remarque N° 53, il est attendu la transmission du plan d'action mis en place dans l'établissement détaillant : délai 6 mois - L'organisation de la pesée : qui est le pilote de l'action, qui sont les suppléants, qui sont les effecteurs, quel suivi est mis en place (fréquence de pesée, suivi des indicateurs), quels sont les objectifs de l'établissement (taux de mesure, taux de dénutrition, taux de dénutrition sévère), les modalités de suivi des ingesta (fiche, suivi), les mesures mises en place en fonction du diagnostic de dénutrition par sévérité (suivi du poids, suivi alimentaire, Activité physique adaptée, etc.) ; - Préciser les formations sur la nutrition, réalisées auprès du personnel - en précisant leur qualification (soignant, paramédical, psychologue, cuisinier, encadrement) sur : le vieillissement nutritionnel, les conséquences de la dénutrition, la définition, les mesures à mettre en place chez le patient dénutri ; - Aide personnalisée au repas : temps dédié par résident, stimulation, conduite à tenir pour les résidents déambulant ; - Les modalités de réactualisation de la liste des patients devant recevoir des compléments nutritionnels oraux.
--	--	--	--	--

				<u>La remarque N° 54 est maintenue</u> dans l'attente de la transmission dans un délai de 3 mois, du Plan d'action mis en place pour s'assurer que l'ensemble du personnel de l'EHPAD sache quel médecin appeler en situation d'urgence, en particulier pour les intérimaires et personnels remplaçants : affichage, contacts, etc. <u>La remarque N° 55 est maintenue</u> dans l'attente de la transmission d'éléments probants sur le travail réalisé sur les DLU : 6 mois - Audit interne sur la complétude et le caractère concis d'un échantillon aléatoire des DLU, et sur la connaissance de l'ensemble du personnel du DLU, sa destination et les modalités d'impression ; - Plan d'action suite à l'audit interne, détaillant notamment les actions et référents sur la procédure d'impression, la formation, la simplification du DLU, etc.
--	--	--	--	--

5	Respecter le référentiel des activités des aides-soignants travaillant la nuit, de l'IDEC et personnel du pôle hébergement. Ne pas recourir au glissement de tâches : Respecter le référentiel des activités des aides-soignants travaillant la nuit en les positionnant sur leur cœur de métier, la prise en charge et de la sécurité des résidents, et non sur des tâches de nettoyage Conforter l'IDEC sur ses missions de coordination, d'encadrement et de responsable de l'équipe paramédicale et ne pas le faire intervenir en remplacement d'IDE. Repositionner les personnels de la restauration sur leurs tâches pour garantir la qualité du service attendu en restauration.	RM10 R11 R12	Immédiat	La réponse apportée pose clairement la répartition des missions des personnels de nuit au travers des fiches de postes des 2 AS nuit et de l'ASH-AVS ou FFASD nuit, présentées sous format Excel. Il est bien pris note que seule l'ASH assure les tâches de nettoyage. Les fiches de tâches des serveurs révisées attestent bien de leurs missions centrées sur la restauration. Il est mentionné que l'IDEC est bien positionné sur ses missions depuis juin 2022. Le planning depuis avril le confirme. <u>La recommandation N° 5 est levée.</u>
---	--	--	------------------------	--

6	REDIGER OU METTRE A JOUR LES PROTOCOLES/CONDUITES A TENIR RELATIFS AUX SOINS ; LES DIFFUSER ET S'ASSURER DE LEUR APPROPRIATION PAR LE PERSONNEL SOIGNANT : Mettre en place des conduites à tenir opérationnelles pour la prise en charge de la douleur et les soins palliatifs. Formaliser une procédure actualisée pour la mise sous contention physique passive et instaurer des temps d'information avec les familles et les résidents concernés. Accompagner l'appropriation par les personnels soignants de certains protocoles de soin existants et leur sensibilisation, notamment pour les protocoles d'urgence. Adapter la procédure Korian de prévention des chutes aux réalités de la structure et évaluer systématiquement les risques de chute. Formaliser un protocole spécifique à l'établissement pour la prévention des épisodes infectieux (IRA/GEA) et mettre à jour les procédures de mesures de contrôle du risque infectieux. Formaliser une procédure de prévention du risque suicidaire et veiller au repérage systématique du risque suicidaire et sensibiliser les personnels soignants de l'établissement à cette démarche.	R56 R57 R68 R59 R60 R61 R62 R63 R64 R65	6 mois	Les éléments transmis montrent l'existence de procédures du groupe Korian (guide pratique, référent douleur), la présence d'indicateur de suivi du taux d'évaluation de la douleur (89.5% de résidents évalué) et la mise en place d'une commission CLUD fin 2022. Cela constitue une première étape dans la réponse à la remarque 56. Les documents transmis attestent de la volonté de mise en place d'une formation aux soins palliatifs en février 2023. Les documents transmis ne répondent pas à la remarque N° 68 (formation à la manutention, procédures de groupe déjà transmises lors de l'inspection). Les documents transmis montrent le souhait de mise en place d'une formation mais cela ne permet pas de répondre à la question de la démarche d'appropriation construite et régulière en lien avec le fonctionnement de l'établissement. Les documents transmis montrent l'engagement de l'établissement dans la prévention du risque de chute (formation par l'ergothérapeute, traçabilité des chutes dans le dossier de soins, commission chute, évaluation de la motricité) : une copie écran du taux d'évaluation de la motricité / équilibre à 90 jours actualisé en août 2022 : 54 patients / 75 ont eu une évaluation. La mission relève qu'une chute suivie de fracture Evènement Indésirable Grave (EIGS) n'a pas fait l'objet d'une déclaration sans délai sur le portail des signalements, comme cela est obligatoire. Les documents transmis attestent de la mise en place d'actions pour l'amélioration de la prévention des risques infectieux : prévision d'un comité d'hygiène et de prévention du risque infectieux en EHPAD en octobre 2022, prévision d'une réunion avec l'IDE hygiéniste en septembre 2022 dont l'objet est la mise en place d'une formation et formaliser un protocole spécifique à l'établissement. Les documents transmis ne répondent pas à la remarque N° 62. Les documents transmis ne sont pas spécifiques et ne répondent pas à la remarque N° 64 (taux d'évaluation des troubles psycho-comportementaux, de
---	--	---	--------	---

	Etablir un protocole de la prévention du risque d'escarres opérationnel, l'évaluer et former les professionnels.		l'humeur et d'évaluation cognitive et procédure du groupe Korian sur la prévention et la prise en charge de la crise suicidaire). L'établissement indique réaliser la prévention du risque suicidaire par l'évaluation du risque à l'entrée du patient. Le type de test utilisé, les modalités de passage du test et de réévaluation ne sont pas précisées : qui fait le test, à quel moment, etc. La procédure transmise mentionne la réalisation de formations et de sensibilisation de l'ensemble du personnel. Les documents transmis par l'établissement n'apportent pas d'éléments expliquant le défaut d'évaluation du risque d'escarre et de soins dans les dossiers médicaux et plans de soins. Aucun changement de pratique n'est mentionné et le résultat de l'audit sur les escarres, réalisé en mars 2022, n'a pas été transmis. Seule une sensibilisation annuelle non spécifique aux escarres est prévue fin octobre sous un format insuffisant (« a minima sous forme de rappel de la procédure en 15 minutes après un staff par exemple »). <u>La recommandation N° 6 est maintenue.</u> Il est attendu des éléments probants attestant des modifications mises en place depuis l'inspection permettant de s'assurer de l'appropriation des recommandations de la prise en charge de la douleur, dans un délai de 6 mois : (remarque 56) - Une conduite à tenir synthétique et opérationnelle pour l'établissement ; - Le compte-rendu de la réunion du CLUD ; - Le suivi et les objectifs de résultats des taux d'évaluation de la douleur. Vous veillerez à transmettre les supports des différents temps de formation organisés et les feuilles d'émargement correspondant (remarque 57). L'établissement doit fournir dans un délai de 6 mois (remarque 68) :
--	---	--	--

				- Les modifications mises en place au sein de l'établissement permettant de sécuriser durablement les contentions et les défauts de prescriptions identifiées lors de l'inspection - La procédure personnalisée de la contention au sein de l'établissement. - Le contenu et la feuille de présence d'une formation sur la contention. Transmission des éléments suivants dans un délai de 6 mois : (remarque 59) - Contenu de la formation sur les situations d'urgence et feuille de présence - Protocole d'urgence complet et personnalisé à l'établissement - Affichage de la procédure d'urgence dans l'établissement Il est aussi attendu les éléments complémentaires suivants à transmettre dans le cadre du suivi de l'inspection : (recommandation 60) - La procédure personnalisée de l'établissement pour la prévention du risque de chute précisant les rôles de chacun, les modalités et temporalités d'évaluation et de réévaluation du risque de chute, la nécessité de déclaration d'EIGS, etc. - Les modifications de fonctionnement permettant de s'assurer de l'évaluation systématique du risque de chute compte tenu des manquements constatés lors de l'inspection - Préciser les modalités de fonctionnement de la commission chute : qui participe Il conviendra dans le cadre des suites de l'inspection de transmettre le protocole élaboré avec l'aide de l'IDE hygiéniste et les dates de formations prévues (remarque 61). Concernant la remarque 62, vous transmettez les éléments suivants dans un délai de 3 mois : - Actualisation du mode opératoire du groupe Korian « aide-mémoire : mise en place des précautions complémentaires par pathologies et micro-organismes » mis à jour le 18/08/2022 selon les recommandations des
--	--	--	--	--

				sociétés savantes. Cependant, l'isolement contact pour la gale n'est pas à jour : 72H. - L'actualisation des coordonnées de signalements, du référent hygiène Concernant la prévention du risque suicidaire, il est attendu les informations suivantes dans un délai de 3 mois : - Quelles ont été les modifications mises en place dans l'établissement permettant de s'assurer de la réalisation et la traçabilité de l'évaluation du risque suicidaire constatées dans les dossiers médicaux lors de l'inspection ; - Quelles sont les actions de formation / sensibilisation du personnel mises en place. Concernant les risques d'escarres, les éléments suivants sont à transmettre dans un délai de 6 mois : - Le plan d'action de l'établissement pour la prévention et la prise en charge des escarres détaillant les interlocuteurs et les actes à réaliser par chacun, les modalités de formation, de suivi et les objectifs de l'établissement ; - Le rapport transmis par le prestataire à l'établissement lors de l'audit sur les escarres et les matelas d'aide à leur prévention et à leur traitement, comme indiqué dans la procédure « Prévention de l'escarre » actualisée au 30/11/2021.
--	--	--	--	---

7	SECURISER LA GESTION DU DOCUMENT D'ANALYSE DU RISQUE INFECTIEUX (DARI) : Compléter le DARI sur plusieurs points.	R64 R63	3 mois	L'établissement a transmis le DARI 2022 avec les coordonnées actualisées. Le plan d'action prévoit un audit à l'occasion de la venue d'une IDE hygiéniste, en vue d'établir un plan d'action préventives et un programme de formation. Les graphiques présentés dans le suivi des épisodes épidémiques n'ont pas de titre ni de texte explicatif, ce qui en limite l'analyse. <u>La recommandation N° 7 est maintenue.</u> Il conviendra de clarifier le suivi des épisodes épidémiques, transmettre l'audit de l'IDE hygiéniste avec le plan d'action mis en œuvre dans le cadre du suivi de l'inspection.
---	---	-------------------------------------	--------	--

