

**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**
Zéro
Agilité
Pratique



Le Directeur général

████████████████
Directeur Général France
SA/GROUPE KORIAN
21-25 rue Balzac
75008 PARIS

Réf. : 231321 - PMIEC

Lyon, le 21 DEC. 2022

Objet : LRAR - Notification de décision définitive suite à inspection par les services de l'Agence Régionale de Santé
- EHPAD Fontaine Saint Martin à Chambéry

LRARRA 111 638 3283 8

Copie : ██████████ directrice de l'EHPAD Fontaine Saint Martin
PI : 1 - Mesures correctives définitives
N° 49 484 638 3284 5

Monsieur le Directeur général,

Une inspection diligentée à mon initiative au titre des articles L.313-13 et suivants du Code de l'action sociale et des familles et L.6116-1 du Code de la santé publique s'est déroulée à l'EHPAD Fontaine Saint Martin à Chambéry les 6 et 7 juillet derniers. Cette inspection fait suite à un signalement reçu par l'Agence régionale de santé en juin 2022, dénonçant des actes de maltraitance et malveillance envers les résidents.

Sur la base du rapport établi par la mission, je vous ai fait parvenir par courrier du 11 octobre 2022 les mesures correctives que j'envisageais de prononcer afin de remédier aux non conformités, manquements et dysfonctionnements constatés.

Vous m'avez transmis votre réponse en retour par messages électroniques du 16 novembre 2022 et par courrier postal du 22 novembre 2022.

Je note que vous n'avez pas formulé d'observations quant aux constats de la mission, à l'exception de l'absence de publication d'un poste de directeur-adjoint que je mentionne dans ma réponse à la recommandation n°3. Le rapport signé le 30 septembre 2022 devient donc définitif.

Je prends acte de l'ensemble de vos réponses et des quelques engagements formulés dans le cadre de la procédure contradictoire. J'observe toutefois que les réponses apportées ne sont pas toujours satisfaisantes ou font état de mesures pour la plupart encore en cours dont la réalisation n'est pas vérifiable à ce stade. C'est pourquoi seules une prescription et deux recommandations ont pu être levées.

Aussi, au terme de cette procédure et après examen approfondi de votre réponse, j'ai l'honneur de vous notifier mes décisions définitives, dont vous trouverez le détail dans le tableau figurant en annexe.

Je tiens à attirer votre attention sur différents points :

- En tout premier lieu, la conformité aux lois et réglements doit être respectée lors de tout recrutement de personnel à profession réglementée ; l'inspection ayant objectivé une situation d'exercice illégal de la profession d'infirmier qui s'est produit au début de l'été 2022, ce point nécessite toute votre vigilance pour les prochains recrutements.
- Sur les autres prescriptions, vous veillerez à mettre en œuvre l'ensemble des mesures correctives prononcées dans les délais indiqués qui courront à réception de la présente décision.

Vous vous attacherez en particulier à :

- o Préserver le droits des résidents en respectant la réglementation sur la durée maximale des contrats à durée déterminée et leur transformation de plein droit en contrat à durée indéterminée
- o Poursuivre le travail d'élaboration des projets personnalisés et de leur amélioration
- o Associer autant que possible et consulter tel que prévu réglementairement les instances représentatives des usagers et du personnel sur les documents fondamentaux de l'établissement
- o Sécuriser le contrôle des dispositifs d'urgence
- o Poursuivre la structuration et le développement de la démarche qualité-gestion des risques.

Je vous recommande également la mise en œuvre d'un certain nombre de mesures décrites dans le tableau ci-joint, en matière de :

- o prévention des situations de maltraitance et la promotion de la bientraitance,
- o organisation et encadrement des équipes et plus particulièrement des équipes de nuit,
- o amélioration des conditions d'accueil des résidents par une amélioration des locaux dans le cadre du plan de rénovation de l'établissement prévu à compter de 2023
- o sécurité des soins.

Le suivi de la mise en œuvre des mesures correctives sera effectué par les services de la délégation départementale de la Savoie.

Vous veillerez à leur transmettre :

- d'ici 6 mois, les informations sur les actions réalisées en réponse aux mesures prononcées : un tableau de suivi des mesures correctives à remplir, sera envoyé par voie dématérialisée à la directrice de l'établissement
- l'ensemble des éléments probants sur la mise en œuvre des actions.

Je vous invite à présenter les conclusions du rapport d'inspection ainsi que les mesures notifiées aux instances de l'établissement dont le conseil de la vie sociale.

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 « Télerecours citoyen » sur le site www.telerecours.fr.

Je vous rappelle 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.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur général, l'expression de ma considération distinguée.



ANNEXE : MESURES CORRECTIVES DEFINITIVES

Les mesures correctives définitives sont prononcées en référence aux écarts et remarques formulés par la mission dans son rapport et mentionnés dans les tableaux ci-dessous, et après analyse et prise en compte des réponses de la structure inspectée.

Nature des mesures correctives

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

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

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

Maintien / levée des mesures correctives

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

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

N°	PRESCRIPTIONS	cf. écart(s) / remarque(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
1	<p>Transmettre le justificatif de qualification permettant à une salariée figurant dans la liste des aides soignantes [REDACTED] d'exercer la profession d'infirmier.</p> <p>Articles L.4311-2 et suivants Code de la Santé Publique (CSP)</p> <p><u>Prescription devenue sans objet, remplacée par :</u></p> <p>Accorder une haute vigilance à la vérification des conditions d'exercice des professions réglementées au moment des recrutements</p>	<p>E Majeur 1</p>	<p>En continu</p>	<p>En réponse, l'établissement explique que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mme [REDACTED] étudiante en 3ème année d'école infirmière a été embauchée en tant qu'ASD en CDD sur des remplacements ponctuels du 29/04/2022 au 19/07/2022, - l'établissement a pris l'attache de la DD73 le 14/06/2022 pour demander confirmation de la possibilité d'embauche de futurs diplômés IDE sans attendre l'obtention de leur diplôme (mails transmis : confirmation de cette possibilité par la DD73 en renvoyant aux conditions fixées par l'arrêté du 10/06/2022 prescrivant des mesures nécessaires à la gestion de sortie de crise sanitaire) - concomitamment l'intéressée a sollicité son IFSI pour obtenir l'autorisation provisoire d'exercer en tant qu'IDE auprès du préfet; L'établissement indique que "dans l'attente, [REDACTED] a été embauchée en tant qu'ASD jusqu'à réception de son attestation de réussite au diplôme d'IDE le 20/07/2022." <p>Seul le justificatif de qualification IDE de l'intéressée en date du 20/07/2022 a été transmis (attestation de réussite de l'IFSI GHU Paris Psychiatrie Neurosciences), et non l'arrêté préfectoral d'autorisation provisoire d'exercice requis en application de l'arrêté du 10/06/2022 (article 1).</p> <p>Or il s'avère que l'arrêté n°42-2022 du préfet de la région Ile de France - Préfet de Paris, fixant la liste des étudiants infirmiers autorisés provisoirement à exercer la profession d'infirmier – dans laquelle figure [REDACTED] - est daté du 12/07/2022 : avant cette date, il n'était donc pas possible que [REDACTED] puisse exercer des vacations d'infirmière. Pourtant, comme indiqué dans le rapport d'inspection, [REDACTED] figure dans le planning infirmier depuis le 18/06/2022, d'abord en doublure sur</p>

				<p>3 jours (18, 19 et 23/06/2022) puis en autonomie sur 10 journées jusqu'au 12/07/2022). A la date du 18/06/2022, elle cesse concomitamment de figurer dans le planning de l'équipe de soins (AS). L'information donnée par l'établissement disant qu'elle était employée en tant qu'ASD jusqu'au 20/07/2022 est donc erronée.</p> <p>L'inscription dans le planning IDE de [REDACTED] entre le 18 juin et le 11 juillet 2022 - alors qu'elle n'était pas encore diplômée et ne disposait pas encore de l'autorisation provisoire requise - n'était pas légale, ce qui contrevient aux conditions d'exercice de la profession d'infirmier et au code de la santé publique (L4311-2 du CSP, arrêté du 10/06/2022).</p> <p><i>La prescription devient sans objet étant donné que la situation n'existe plus à la date de la présente décision définitive, mais la situation décrite constitue un exercice illégal de la profession d'infirmier sanctionné par la loi (article L4314-4 CSP) et exposant l'employeur et le salarié à un risque pénal et civil le cas échéant : une vigilance accrue de l'établissement s'impose en matière de recrutements qui doivent être réalisés dans le respect des conditions d'exercice des professions réglementées.</i></p>
2	<p>Sur l'hébergement temporaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluer l'activité réalisée en HT et faire un état des besoins - Se rapprocher des autorités de tutelle pour travailler éventuellement sur une recomposition de l'offre en adéquation avec les besoins - Travailler un projet de service spécifique pour l'HT. <p><i>Article D.312-9-3° Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF)</i></p>	E1, E3	6 mois	<p>La réponse apportée indiquant des échanges avec la DD73 en février 2022 ainsi que les scores de satisfaction des familles de résidents en HT ne suffit pas à répondre à la prescription et à la réglementation en matière de projet d'établissement ou de service qui doit préciser les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'accueil temporaire (modèle de projet de service disponible à la DD73).</p> <p><i>Prescription maintenue sur les 3 points énoncés</i></p>

3	<p>Respecter les dispositions prévues par la loi sur les contrats d'hébergement et notamment la durée des séjours pouvant relever d'un contrat à durée déterminée (transformation de plein droit en contrat à durée indéterminée au delà de 6 mois).</p> <p>Article L.342-2 CASF</p>	E2	<p>Immédiat En continu</p>	<p>L'établissement indique que le séjour de la résidente ayant dépassé la durée maximale d'un contrat à durée déterminée (180 jours) a été transformé en séjour permanent.</p> <p>A noter que les documents transmis démontrent que la transformation du contrat à durée déterminée en contrat à durée indéterminée est intervenue à compter du 1/10/2022 (mail du 19/08/2022 annonçant à la famille la transformation du contrat) soit 277 jours à compter de la date d'entrée. Ce délai est excessif au regard des difficultés rencontrées par la famille (mails communiqués) et de la réglementation, l'article L342-2 du CASF stipulant précisément qu'"au delà d'une période de six mois consécutifs, le contrat est transformé <u>de plein droit</u> en contrat à durée indéterminée".</p> <p>La réponse n'apporte aucun engagement de l'établissement à se conformer dans l'avenir à la durée réglementaire prévue pour les contrats à durée déterminée.</p> <p>Prescription maintenue jusqu'à nouvelle vérification de la durée de séjour des résidents en hébergement temporaire</p>
4	<p>Compléter le projet d'établissement selon les attendus fixés par les textes en ajoutant les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Politique de prévention et de lutte contre la maltraitance mise en oeuvre dans l'établissement, - Modalités d'organisation et de fonctionnement de l'accueil temporaire (cf. supra prescription 2), - Projet général de soins, élaboré avec l'équipe soignante 	E3, E7, E9	6 mois	<p>La réponse de l'établissement indiquant avoir élaboré son projet d'établissement conformément à la procédure Groupe et prendre en compte les différents attendus cités ci-contre soit à l'intérieur des axes stratégiques déclinés en objectifs opérationnels, soit dans d'autres documents (contrat spécifique d'accueil en séjour temporaire, plan bleu...), n'est pas satisfaisante.</p> <p>Conformément à la réglementation en vigueur, le projet d'établissement de tout établissement ou service social ou médico-social doit comprendre un certain nombre de dispositions qui ne sont pas retrouvées ici (pour le projet général de soins notamment, voir rapport inspection page 72).</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Modalités d'organisation en cas de crise sanitaire ou climatique, - et expliciter les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'établissement. <p>Articles L.311-8 CASF, D.312-9 CASF, D.312-158-1°, D.312-160 CASF</p>			<p>Prescription maintenue jusqu'à compléments apportés au projet d'établissement élaboré en 2021</p>
5	<p>Respecter les modalités d'adoption des documents réglementaires (projet d'établissement, règlement intérieur), notamment en matière de consultation du Conseil de la vie sociale et des instances représentatives des personnels, et assurer la diffusion des documents selon les attendus réglementaires.</p> <p>Concernant ces documents, veiller à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Associer les personnels à l'élaboration des documents stratégiques, dont le projet général de soins, pour une meilleure appropriation collective; - Préserver les droits des personnes accueillies par une formalisation précise et uniforme des règles de fonctionnement de l'établissement et une présentation en CVS <p>Article L.311-8 CASF Article R 311-33 et R.311-34 du CASF</p>	E4, E5 R1 R2	6 mois	<p>La réponse de l'établissement n'apporte pas d'éléments nouveaux sur la méthode d'élaboration du projet d'établissement et sur la consultation du CVS (CR du CVS du 28/05/2021 déjà cité dans le rapport d'inspection).</p> <p>Il est pris note de l'inscription à l'ordre du jour de la réunion du CVS du 7/12/2022 de la consultation de l'instance sur le règlement de fonctionnement révisé en juillet 2022. Néanmoins, aucune information n'est donnée sur la consultation des instances représentatives des personnels sur ce document (art R 311-33 du CASF) et sur les modalités de diffusion à toute personne qui exerce ou intervient dans l'établissement (art R 311-34 du CASF).</p> <p>Prescription maintenue</p>

	<p>Recommandation de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) HAS - ANESM "Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service", décembre 2009.</p>			
6	<p>Mettre pleinement en oeuvre la démarche qualité et gestion des risques dans l'établissement en :</p> <ul style="list-style-type: none"> - identifiant, en continu, tous les événements indésirables graves survenus et en procédant à leur déclaration systématique aux autorités administratives (ARS, CD) - assurant la mise en oeuvre et la traçabilité du processus de gestion des événements indésirables (analyse partagée, définition de mesures correctives, suivi de leur mise en oeuvre), - assurant la traçabilité du suivi des réclamations <p>Articles L.331-8-1 du CASF, L.1413-14 du CSP RBPP HAS dont : L'analyse des EIAS – mode d'emploi – septembre 2021</p>	<p>E6 R8 R6, R7 R9</p>	<p>immédiat 6 mois</p>	<p>La réponse de l'établissement indiquant qu'il se conforme aux procédures de signalement EI/EIG en vigueur au sein du groupe n'apporte pas d'éléments d'information sur le traitement de la situation décrite dans le rapport et ayant conduit à la rédaction de l'écart n° 6 (tentative de suicide d'un résident, non identifiée en tant qu'EIG, non déclarée à l'ARS et vraisemblablement non analysée en tant que tel) ; Les procédures transmises (documents 36 et 37) ont déjà été mises à disposition de la mission qui en a tenu compte dans son analyse initiale.</p> <p>Il est pris acte des actions réalisées ou en cours en matière de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sensibilisation/formation des personnels sur les EI/EIGS (2 sessions de formation interne en novembre 2022, inscription de la direction au webinaire ARS/CEPPRAAL d'octobre 2022) - Plan d'amélioration continu 2022 : actions sur le traitement des EI en CODIR, l'analyse des causes systématique après un EIG et l'analyse des EI médicament, en cours au 15/11/2022 - Traçabilité du suivi des EI et réclamations renforcée via l'outil Pelikan (élément probant non transmis sur ce point) <p>et plus généralement du renforcement de la démarche de gestion des crises entrepris.</p> <p>Prescription maintenue jusqu'à évaluation des actions réalisées au titre du Plan d'amélioration continue notamment (bilan à transmettre à 6 mois)</p>

	Améliorer l'élaboration des projets personnalisés en veillant à :			
7	<ul style="list-style-type: none"> - préserver les droits et libertés du résident en co-construisant ce projet avec lui - intégrer les éléments issus de l'évaluation pluridisciplinaire - définir le rôle du référent - respecter le délai de 6 mois après l'arrivée du résident - approfondir leur contenu, notamment sur le volet soins - actualiser le projet selon l'évolution de la situation du résident. <p>Article L.311-3 du CASF RBPP HAS/ANESM : Les attentes de la personne et le projet personnalisé - décembre 2008</p>	E8 R36 R37 R50 R51	6 mois	<p>Il est pris acte des informations transmises :</p> <ul style="list-style-type: none"> - délai d'élaboration et de réactualisation des PP impactés par l'absence de la psychologue depuis l'été 2022 - révision des pratiques d'élaboration et d'actualisation des PP mise en oeuvre depuis octobre 2022 : procédure en cours de finalisation - rythme adopté de 2 PP par semaine et calendrier défini. <p>Prescription maintenue jusqu'à transmission :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de la nouvelle procédure d'élaboration des projets personnalisés décrivant les modalités conformes aux bonnes pratiques (délai, association du résident, rôle du référent, contenu et modalités de suivi) - des résultats produits (taux de résidents bénéficiant d'un PP valide...)
8	Renforcer la coordination des professionnels de soins en organisant la tenue de la Commission de coordination gériatrique prévue réglementairement (au minimum une fois par an).	E10	3 mois	<p>Il est pris acte de l'organisation d'une réunion de la commission de coordination gériatrique le 14/12/2022, de son ordre du jour et de son ouverture à l'ensemble des intervenants et acteurs libéraux.</p> <p>Il est toutefois rappelé que cette commission concerne l'ensemble des professionnels de soins, y compris ceux de l'établissement.</p> <p>Prescription levée</p>

9	<p>Assurer un contrôle rigoureux et régulier du sac d'urgence afin de garantir sa sécurité, sa conformité et son opérationnalité à tout moment (contenu complet, absence de médicaments périmés...).</p> <p>Procéder avec rigueur à la traçabilité des produits commandés pour le sac d'urgence (identification des produits et suivi de la commande).</p> <p>Résumés des caractéristiques des produits pharmaceutiques</p>	<p>E11 R61, R62</p>	<p>Immédiat Transmission des fiches de traçabilité à 6 mois</p>	<p>Il est pris acte des informations communiquées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - transmission de la fiche de traçabilité de la vérification mensuelle du sac d'urgence jusqu'à fin octobre 2022 - organisation d'une formation interne "circuit du médicament : le sac d'urgence" à destination des IDE en nov 2022. <p>Toutefois, la consigne d'une fréquence mensuelle de la vérification n'est formalisée dans aucun des documents transmis (procédure Korian non communiquée), et la fréquence de vérification de la fonctionnalité du matériel n'est pas non plus précisée : cette vérification n'apparaît qu'une seule fois entre mai et octobre 2022 : 30/07/2022) sur la fiche de traçabilité.</p> <p>En outre cette fiche de traçabilité reste tout aussi imprécise que décrite dans le rapport d'inspection sur le suivi des commandes, et l'établissement n'indique pas les mesures prises pour remédier au défaut de traçabilité constaté sur ce point.</p> <p>Prescription maintenue jusqu'à fiabilisation du contrôle du sac d'urgence (fréquence définie pour chaque type de vérification, organisation de la traçabilité des produits commandés) attestée par la transmission des fiches à 6 mois.</p>

Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes - Inspection de l'EHPAD Fontaine Saint Martin à Chambéry (juillet 2022)

N°	RECOMMANDATIONS	cf. remarques(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
	Je vous recommande de :			
1	Garantir le pilotage et la conduite, en continu, de la politique de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance de l'établissement, par la mise en oeuvre et le suivi d'un <u>plan d'actions</u> précisément définies, programmées et dédiées à l'ensemble des professionnels de l'EHPAD pour une appropriation collective des bonnes pratiques professionnelles et une approche partagée du "prendre soin".	R Majeure 1 R Majeure 3 R Majeure 4 R43, R44	2 mois pour la définition du plan d'actions, pilotage, la mise en oeuvre et suivi du plan d'actions : 6 mois	<p>Les informations apportées en réponse sur la tenue de formation interne "signalement maltraitance" en fev et mars 2022 sont déjà prises en compte dans le rapport d'inspection.</p> <p>Les éléments complémentaires transmis portent sur l'organisation de sessions en e-learning en octobre et novembre 2022 (module "Promouvoir la bientraitance" de 10 minutes à destination de personnels d'hébergement, de restauration et de soins) et la transmission du PAC Ethique et bientraitance comprenant une vingtaine d'actions programmées entre 2022 et 2024 ; les actions prévues sur 2022 sont encore indiquées "en cours" au moment de la réponse.</p> <p>Recommandation maintenue jusqu'à évaluation des actions mises en oeuvre dans le cadre du PAC (bilan à transmettre à 6 mois)</p>
2	Revoir l'organisation du travail des équipes de manière à : 1/ Assurer la <u>continuité de la présence des soignants et la continuité des soins</u> tout au long de la journée (y compris à l'unité protégée) et garantir ainsi la sécurité des résidents	R Majeure 2 R14	1 mois	<p>Sur la continuité de la présence des soignants, l'établissement a transmis de nouvelles fiches de poste horaires des personnels en indiquant que les fiches communiquées lors de l'inspection contenaient une erreur. Sur les nouvelles fiches horaires transmises, le temps de pause de l'après-midi des personnels figure bien en décalé de manière à assurer une continuité. En revanche des imprécisions persistent sur la prise en charge des résidents de l'UP sur le temps du repas le midi notamment (cf. rapport page 36-37); L'établissement n'apporte pas, dans sa réponse, d'explications sur l'organisation de la présence des personnels de l'UP et ne donne aucune garantie de la continuité des</p>

				soins sur ce secteur au regard de la remarque majeure n°2.
<p>2/ Définir et formaliser les <u>règles et/ou principes de fonctionnement</u> en matière de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - remplacement des personnels - organisation en mode dégradé et entraide entre soignants - adaptation des tâches à l'effectif présent - encadrement des équipes en l'absence de l'IDEC - répartition du temps de travail du médecin coordonnateur entre ses différentes activités - planning des astreintes <p>3/ Adapter les effectifs de l'équipe de nuit à l'organisation prévue institutionnellement soit la présence de 3 salariés chaque nuit.</p>	<p>R19, R20, R18</p> <p>R16</p> <p>R23</p> <p>R49</p> <p>R4</p> <p>R13, R15</p>	<p>3 mois</p> <p>3 mois</p>	<p>S'agissant de l'organisation en mode dégradé, l'établissement explique avoir adapté la procédure du groupe aux situations de l'établissement. De fait, 2 fiches de poste FSM élaborées en octobre 2022 sont transmises ("infirmier en mode adapté" et "soutien aux équipes soignantes en sous-effectif" qui prévoit l'aide que peut apporter un AS en cas de sous-effectif IDE et l'aide d'un ASH en cas de sous-effectif AS, dans le respect des compétences réglementaires de chacun) : ces documents constituent une évolution positive en matière de formalisation de l'organisation de l'EHPAD en mode dégradé. A noter toutefois que toutes les possibilités énoncées dans la procédure Korian ne sont pas reprises comme par exemple l'aide d'autres professionnels de soins aux toilettes en cas de sous-effectif d'AS/AMP (cf. rapport page 41 et remarque 18), et qu'il n'a pas été transmis de dispositions prises pour l'adaptation des tâches à l'effectif de nuit présent (R16) alors que le sous-effectif de l'équipe de nuit est fréquent (cf. rapport pages 37-38 et remarques 15 et 16).</p> <p>Il est pris acte de la modification de la fiche de poste IDER pour assurer la continuité de l'encadrement des équipes en l'absence de l'IDEC.</p> <p>Les informations données sur la répartition du temps de travail du médecin coordonnateur (R49) et sur l'organisation de l'astreinte CODIR (R4) ne répondent pas aux recommandations formulées au regard des constats et remarques énoncés.</p> <p>Sur l'adaptation des effectifs de l'équipe de nuit, l'établissement renvoie aux démarches de recrutement et de publication des offres d'emploi effectuées dans un contexte de tensions RH sur le secteur.</p>	

				<p>Recommandation maintenue : des précisions sont à apporter sur l'organisation du travail des équipes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1/ l'établissement doit être en mesure d'expliquer comment la continuité des soins est assurée sur tous les secteurs à tous les moments de la journée notamment - 2/ la formalisation des règles de fonctionnement est à poursuivre et à finaliser sur l'organisation en mode dégradé y compris de l'équipe de nuit; il est également recommandé d'avancer sur d'autres aspects pour plus de lisibilité pour les équipes (répartition des tâches/temps du médecin coordonnateur, planning des astreintes...) - 3/ a minima l'adaptation des tâches à l'effectif de nuit réellement présent et la priorisation de celles-ci sont à prévoir à défaut de recrutement.
3	Assurer une gestion des ressources humaines en cohérence avec les engagements du gestionnaire (décisions, contrat...) et l'organisation prévue, notamment en termes de <ul style="list-style-type: none"> - recrutements et remplacements - accompagnement vers une qualification des personnels non diplômés (VAE notamment). 	R11, R3 R13 R12, R22	3 mois	<p>Il est pris note de l'absence de projet d'évolution dans le pilotage de l'EHPAD et de l'absence de publication de poste de directeur adjoint.</p> <p>Il est pris acte de la réponse de l'établissement indiquant que les recrutements et remplacements sont assurés dans la limite des tensions RH, et de la démarche entreprise par le groupe KORIAN depuis septembre 2022 pour élargir l'accès au diplôme d'AS par la voie de la VAE se traduisant par un accompagnement de 11 salariés (6 CDI + 5 CDD) sur les dossiers de recevabilité pour intégrer le parcours VAE (tableau inscription VAE transmis : 1 salarié inscrit en juin 2022, 8 en septembre 2022, et 2 non inscrites : 1 ne remplissant pas la condition d'ancienneté d'1 an sur le métier, 1 à la retraite dans 2 ans).</p> <p>Recommandation levée (suivi dans le cadre du CPOM)</p>

				L'établissement :
4	Relancer la dynamique de formation de l'établissement auprès des personnels, et renforcer la formation sur la prise en charge des résidents, notamment en matière d'accompagnement des personnes vulnérables et de prévention de la maltraitance.	R18, R21 R Majeure 3 R Majeure 4	3 mois	<ul style="list-style-type: none"> - rappelle les formations internes à la bientraitance faites en février et mars 2022 et en octobre et novembre 2022 en e-learning - informe de l'inscription de 6 salariés de l'établissement sur des actions de formations proposées sur le secteur de Chambéry en fin d'année 2022 ("Prévention, repérage et prise en charge de la dépression chez la PA en établissement" organisée par l'ARS pour 6 salariés et formation des faisant fonction d'AS organisée par le CD73 pour 2 salariés) - s'engage à inscrire des actions prioritaires sur la promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance dans le plan de formation 2023. <p>Il est pris acte de cette réponse.</p> <p>Toutefois, s'agissant des formations internes ("signalement maltraitance") faites en 2022, il faut rappeler (cf. rapport inspection page 43) que ces sessions sont dispensées par les cadres de l'établissement sous forme de courtes séances d'une demi-heure. Si leur utilité n'est pas contestée, elles ne peuvent cependant suffire à la formation continue des personnels sur l'accompagnement des personnes vulnérables.</p> <p>En outre, l'établissement ne mentionne pas si la liste des formations souhaitées par le personnel, établie en juin 2022 par le groupe de travail "Unité Protégée" dans le cadre de la mise en oeuvre du projet d'établissement (R21), sera prise en compte par l'établissement et le plan de formation.</p> <p>Enfin, il n'apparaît pas que les personnels de nuit aient participer à ces formations, alors même qu'une fragilité a été identifiée sur cette équipe (cf Remarque majeur n°4).</p> <p>Recommandation maintenue</p>

5	Conforter l'encadrement des équipes (soignante, hébergement, ...) par la tenue régulière de temps de régulation avec traçabilité des informations et/ou consignes données pour que l'ensemble des salariés concernés, présents ou non, en aient connaissance.	R24	3 mois	<p>Il est pris acte que des réunions de service hebdomadaires seront mises en place pour l'équipe soignante à compter du 1/12/2022, avec comptes-rendus diffusés à l'ensemble des équipes, ainsi que de la rédaction de comptes-rendus pour les réunions hébergement et restauration.</p> <p>Recommandation maintenue jusqu'à effectivité des réunions de service hebdomadaires de l'équipe de soins (comptes-rendus à fournir)</p>
6	Définir des modalités d'encadrement et d'accompagnement spécifiques à l'équipe de nuit.	R Majeure 4	1 mois	<p>Il est pris note de la prochaine réunion de l'équipe de nuit (1/12/2022) avec inscription à l'ordre du jour d'un point sur la fréquence des réunions.</p> <p>Les modalités d'encadrement sont encore à définir plus précisément au regard de la Renarque Majeure prononcée.</p> <p>Recommandation maintenue jusqu'à mise en place effective d'un dispositif d'encadrement et d'accompagnement en continu de l'équipe de nuit (documents probants à fournir)</p>
7	Proposer un dispositif de soutien des personnels, en vue de favoriser leur expression et les aider dans l'exercice de leurs missions (analyse de la pratique...).	R25	3 mois	<p>Il est pris note de la recherche d'un professionnel de l'analyse de la pratique lancée en août 2022, encore infructueuse.</p> <p>Les explications données sur le dispositif Stimulus figurent déjà dans le rapport d'inspection (cf. page 48) ainsi que l'absence de recours à ce dispositif par les personnels.</p> <p>Recommandation maintenue</p>

				Il est pris acte des informations apportées sur :
8	<p>En matière de locaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la signalisation externe de l'établissement et le repérage interne des différents espaces - Sécuriser les lieux accessibles aux résidents (rampes de marche, désencombrement des espaces...) - Améliorer la qualité d'accueil par des espaces privés et collectifs plus chaleureux et mieux équipés, y compris les espaces extérieurs - Revoir les locaux de l'unité protégée conformément aux référentiels en la matière - Assurer un niveau d'entretien général garantissant de bonnes conditions d'hébergement des résidents - Procéder à l'entretien des chambres de manière suffisamment régulière pour le confort des résidents et la prévention de tout risque infectieux. 	<p>R26, R28</p> <p>R27, R29</p> <p>R31, R35</p> <p>R28, R30, R32</p> <p>R33</p> <p>R17</p>	<p>Dans le cadre du projet d'établissement pour les opérations restructurantes,</p> <p>3 mois pour le niveau d'entretien général, et l'entretien des chambres</p>	<p>- Le refus de la demande de signalétique par la mairie de Chambéry</p> <p>- Une demande de devis pour des mains courantes</p> <p>- Le projet de rénovation 2023-2024 de l'établissement à hauteur de 2 M€</p> <p>- La convention à venir avec [REDACTED] pour la végétalisation des extérieurs</p> <p>- Les interventions régulières d'un prestataire pour la surveillance insectes-rongeurs (rapports d'intervention fournis)</p> <p>- La perspective d'une réorganisation de l'équipe en charge de l'entretien des locaux et l'assurance que le nettoyage des chambres est priorisé en fonction du risque infectieux et des besoins spécifiques des résidents (fiches de poste déjà communiquées lors de l'inspection).</p> <p>Toutefois, il n'est pas apporté une réponse à tous les problèmes soulevés dans le rapport (ex : fuites d'eau R33; encombrement et limites de sécurisation des espaces accessibles aux résidents R29, R35; manque de repérage interne des espaces R28...) et mise à part la prestation de dératification, les différentes actions d'amélioration des locaux annoncés restent à venir.</p> <p>La réponse apportée doit être suivie d'actions notamment par la mise en oeuvre du projet de rénovation prévu à compter de 2023, dont il est recommandé qu'il tienne compte des constats et remarques énoncées lors de l'inspection (cf. rapport et ses conclusions intermédiaire et générale).</p> <p>Recommandation maintenue</p>

	<p>En matière de restauration/alimentation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - S'assurer de la mise à disposition auprès des personnels des documents formalisant les spécificités alimentaires de chaque résident - Pallier l'importante amplitude entre repas du soir et petit déjeuner en proposant à tous les résidents qui ont un jeûne nocturne trop long (supérieur à 12 heures) une collation en soirée ou dans la nuit - Adapter les quantités et la nature des aliments aux besoins des personnes identifiés par les soignants, et/ou aux envies des résidents chaque fois que possible. 	R42, R45 R41 R43, R44	immédiat	<p>Il est pris acte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des plans de table précisant les spécificités alimentaires mis à disposition des personnels (documents fournis) - de l'insertion de la proposition de collation nocturne dans les plans de soins depuis le 18/10/2022 (documents actualisés fournis). <p>Les remarques énoncées sur les quantités servies et la nature des aliments répondaient aux propos tenus lors de plusieurs entretiens concordants (y compris de la part de l'encadrement) notamment sur l'insuffisante prise en compte des souhaits et/ou besoins des résidents validés en équipe pluridisciplinaire dans les produits proposés (cf. rapport p. 67-68) : la carte de remplacement ne répond pas à ce constat.</p> <p>Recommandation levée sur les 2 premiers points Recommandation maintenue sur le 3ème point.</p>
Sécurité des soins et de la prise en charge soignante :				
10	<p>Améliorer la formalisation des soins avec des documents (plan de soins de nursing, plan de soins techniques, planning des douches...) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - renseignés de manière exhaustive sur les soins et actes à réaliser/réalisés et modalités de réalisation, 	R46, R47 R40 R54, R59 R53	3 mois	<p>Il est pris acte de l'attention portée à la cohérence des plans de soins dans leurs différentes versions (papier, informatisée) et il est constaté :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une amélioration dans les renseignements portés sur les plans de soins fournis, mais ceux-ci ne sont toujours pas remplis de manière exhaustive (ex : pas de repas du soir pour plan de Mme █ soins bucco-dentaires du soir et lavage des mains avant repas inégalement notés...) et la surveillance des constantes n'apparaît dans aucun des 6 plans transmis (R 54)

	<ul style="list-style-type: none"> - régulièrement actualisés - cohérents entre eux - utilisés par les soignants. 	R48 R55		<ul style="list-style-type: none"> - la notification sur les plannings de douches du niveau d'aide requis - la cohérence des informations entre plans de soins et plannings des douches fournis - la mise à jour des plans de soins fournis au 3/11/2022 établis pour une durée d'1 an. <p>Recommandation levée étant données les améliorations apportées, mais il est recommandé de compléter les informations encore manquantes sur certains plans de soins, d'actualiser les plans de soins chaque fois que nécessaire et de maintenir la vigilance sur la qualité de ces documents</p>
11	Garantir une réponse aux appels malade dans un délai compatible avec la sécurité des résidents : objectiver les difficultés rencontrées dans le cas de délais de réponse longs voire très longs et prévoir des mesures adaptées (organisation, moyens...) pour y remédier.	R34	immédiat	<p>La réponse de l'établissement fait part d'une amélioration du délai moyen de réponse aux sonnettes passé de 12'34" au 11/05/2022 à 8'33" (extraction 17/10/2022) et fournit la fiche d'emargement à une formation/sensibilisation interne "temps de réponse aux sonnettes" réalisée les 12 et 13/09/2022.</p> <p>Aucune information n'est donnée sur les actions entreprises pour analyser, en plus du délai moyen de réponse, les valeurs extrêmes constatées alors qu'elles constituent un niveau de risque d'insécurité élevé pour les résidents (cf. analyse détaillée de la mission dans le rapport d'inspection p. 55-56), et pour envisager si besoin les mesures adaptées, en plus des rappels aux personnels, pour y remédier.</p> <p>Recommandation maintenue</p>
12	Améliorer l'appropriation des procédures de soins du groupe gestionnaire et - en l'absence d'adaptation au contexte de l'établissement - appliquer les	R39 R57, 58, R59 R60	3 mois	<p>La réponse apportée sur la prescription des contentions est insuffisante et ne répond pas aux constats de l'inspection (cf. rapport p. 63) et à la R39 qui porte sur le non respect de la procédure KORIAN "mise en place d'une contention physique passive" dans l'établissement ; Il est noté que les mesures de contention, le cas échéant, apparaissent</p>

	conduites à tenir ainsi définies dans l'intérêt des résidents et de la sécurité des soins.			maintenant dans les plans de soins fournis avec la date d'application en réponse à la remarque 40. Il est pris note : <ul style="list-style-type: none">- de la procédure en cours de finalisation sur la réévaluation des projet personnalisé au cours de laquelle la réévaluation du risque de chute sera indiquée pour les résidents identifiés "chuteurs"- de l'ajout du soin "prévention d'escarres" dans les plans de soins (document transmis). Recommandation maintenue pour la procédure contention, non appliquée dans l'établissement conformément à la procédure du groupe
13	Disposer d'une convention de partenariat avec un établissement de santé actualisée, définissant les modalités en cas d'hospitalisation des résidents.	R56	3 mois	Il est pris note de la réactualisation en cours de la convention de partenariat avec le CHMS. Recommandation maintenue jusqu'à transmission de la convention signée.
14	Renforcer la personnalisation de la prise en charge de chaque résident par un partage plus large de ses habitudes de vie et préférences et une prise en compte de ces éléments dans tous les actes de la vie quotidienne en EHPAD.	R38 R51, R52	En lien avec l'amélioration des projets personnalisés : 6 mois	Il est pris acte de la révision des pratiques d'élaboration et d'actualisation des PP mise en œuvre depuis octobre 2022 et de sa procédure en cours de finalisation. La prise en compte des habitudes de vie doit trouver sa place plus largement dans ce projet (projet personnalisé vu par la mission peu développés sur ce point). Recommandation maintenue

15	Elaborer une procédure en cas d'urgence médicale à mettre à disposition des personnels de soins.	R63, R10	1 mois	<p>Il est pris acte des informations communiquées (remontée de l'absence de fiche réflexe ACR à la direction médicale du groupe, affichage du protocole fausse route en salle de restauration, formations des personnels au classeur d'urgence (nov 2022) et à la formation EHPUR...).</p> <p>Il est recommandé d'afficher le protocole "fausse route" dans toutes les salles de restauration (2 salles du RDC et salle de l'UP). La page d'accueil NETSOINS avec les numéros d'urgence pourrait être améliorée sur la lisibilité (n° de tél) et être affichée à tous les étages; En plus de cette page d'accueil NETSOINS, une "procédure réflexe" décrivant les quelques actions à réaliser en cas d'urgence, affichée dans les services, pourrait être utile au personnel jour/nuit. Ce point mérite d'être vérifié auprès d'eux, notamment dans le prolongement de la formation EHPUR.</p> <p><i>Recommandation maintenue.</i></p>

Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes - Inspection de l'EHPAD Fontaine Saint Martin à Chambéry (juillet 2022)

