

La direction générale

suivie par :

te.fr

ORPEA

Monsieur le Président directeur général

12 rue Jean Jaurès

CS 10032

92 813 PUTEAUX

Réf. : PMIEC

LRAR 1A 174 599 17766

Lyon, le 13 AVR. 2022

Objet : Notification de décision définitive suite à inspection par les services de l'Agence Régionale de Santé et du conseil Départemental de l'EHPAD « Résidence de COISSY » à AURILLAC (15).

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

LRAR

Monsieur le Président directeur général,

Une inspection diligentée à notre initiative au titre des articles L.313-13 et suivants du Code de l'action sociale et des familles et L.6116-1 du Code de la santé publique s'est déroulée à l'EHPAD « Résidence de COISSY » le 15 février dernier.

Sur la base du rapport établi par la mission, nous vous avons fait parvenir par courrier en date du 9 mars 2022 le rapport établi par la mission comprenant un certain nombre d'écarts et de remarques. Nous vous vous demandions en retour de nous présenter les mesures correctives que vous envisagiez de mettre en œuvre afin de remédier aux non conformités et dysfonctionnements constatés.

Vous nous avez transmis votre réponse en retour par courrier du 19 mars 2022.

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

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

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

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

- renforcer la qualification du personnel,
- assurer, avec le recrutement prochain du médecin coordonnateur, les missions qui lui sont dévolues, en examinant prioritairement les actions en matière de prévention de la dénutrition,
- mettre en œuvre une politique Qualité – Gestion des risques, incluant notamment la gestion des événements indésirables et des réclamations, ainsi que le suivi des actions mises en place.

En outre, nous vous invitons vivement à présenter les conclusions de ce rapport ainsi que les mesures au prochain conseil de la vie sociale de l'établissement.

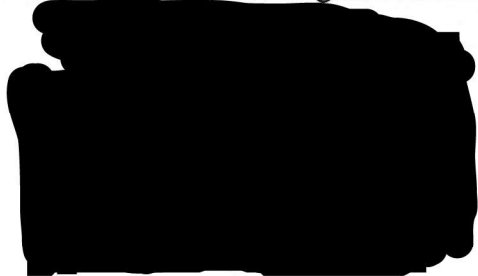
Le suivi de la mise en œuvre des mesures correctives sera effectué par la Délégation départementale du Cantal et les services du Conseil départemental du Cantal.

Vous veillerez à leur transmettre d'ici six mois l'ensemble des éléments probants attestant de la mise en œuvre des actions correctives engagées.

La présente décision est susceptible de recours devant le tribunal administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa réception. Cette saisine du tribunal administratif peut se faire par la voie de l'application « Télérecours citoyen » sur le site www.telerecours.fr

Nous vous rappellerons enfin que cette décision accompagnée du rapport d'inspection fait partie des documents administratifs communicables aux tiers au sens des articles L311-1 et L300-2 du code des relations entre le public et l'administration.

Nous vous prions d'agréer Monsieur le Président directeur général, l'expression de notre considération distinguée.



Copie : Madame la Directrice de l'EHPAD « Résidence de COISSY »

LRMR 1A 174 599 1777 3

EHPAD Résidence de COISSY à AURILLAC - Inspection ARS/CD du CANTAL du 15/02/2022

N°		CONSTATS : Ecart/Remarques	ELEMENTS DE REPONSE DE L'EHPAD	ANALYSE DE LA REPONSE CONCLUSION - MESURES CORRECTIVES ATTENDUES
ECARTS MAJEURS				
1	Une part conséquente d'auxiliaires de vie est affectée sur des fonctions d'aide-soignant. L'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 312-1 II du CASF, qui dispose que les prestations délivrées dans les établissements et services médico-sociaux sont réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées.	La pénurie de personnel aide-soignant rencontrée depuis plusieurs années nous contraint à réorganiser le service, comme vous avez pu le constater le jour de la visite d'inspection. Des annonces de recherche d'AS sont en ligne (Indeed, Pôle emploi...) en permanence et sont régulièrement renouvelées. Un partenariat a été mis en oeuvre avec l'IFSI et l'IFAS d'Aurillac, de Cahors et de Figeac. Nous réalisons une planification des stagiaires accueillies sur l'année. Une de nos AV est en cours d'accompagnement à la VAE. Au 1er et au 15 avril, nous aurons recruté 2 AS. De plus, 3 candidats ont été sélectionnés pour commencer une formation le 4 mars 2022, s'agissant d'un Dispositif Accompagnant en gérontologie. Ils seront présents dans la résidence dès le mois de juin 2022. Ainsi, la présence de diplômés et de non diplômés sur les plannings sera équilibrée dès le mois d'avril. Annexes : - Annexe 14 – Offre d'emploi en cours - Annexe 15 – Planning prévisionnel du mois d'avril	Cette mesure resta d'actualité. L'établissement devra faire un retour auprès des autorités de contrôle, sur les démarches engagées, leviers et dispositifs mis en oeuvre, pour renforcer la qualification du personnel.	
ECARTS				
1	Le registre légal des entrées-sorties n'est pas mis à jour au vu du nombre réel de résidents accueillis au jour de la visite (art. L. 331-2 du CASF).	Le registre a été mis à jour le 16/02/2022 (copie transmise).	Réalisé.	
2	La configuration des locaux et l'accueil au 1 ^{er} étage de 23 résidents ne permet pas d'identifier une unité Alzheimer et troubles apparentés de 12 lits, telle qu'elle apparaît dans l'arrêté conjoint de renouvellement d'autorisation du 01/12/2016.	Ci-dessous, les aménagements prévus en 2022 : - Installation du système de serrure privée du résident et d'assurer la sécurité des locaux techniques de l'USA. Le résident accède à sa chambre avec la certitude que lui seul et le personnel y auront accès. Les proches pourront également accéder à la chambre avec le résident ou avec le pass du personnel. - Installation de 21 rails, dont 12 au 1er étage, soit une aile complète (2ème semestre 2022) - Reconstruction d'un nouvel établissement d'ici 2024, avec 1 unité de soins adaptés et 1 unité grands dépendants. L'objectif est de créer 2 espaces distincts sur le 1er étage tout en sécurisant les espaces privatifs dans l'attente de la reconstruction.	Il est pris acte des aménagements provisoires prévus sur l'année 2022, qui ne permettent cependant pas un accueil adapté des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer et de troubles apparentés. Il est bien noté que la reconstruction envisagée d'ici 2024 permettra d'aménager cet accueil spécifique.	
3	Il n'existe pas de projet d'établissement actualisé en conformité avec l'article L. 311-8 du CASF.	Le projet d'établissement 2022-2026 est en cours de finalisation et sera adressé aux tutelles au mois d'avril. Le CVS sera consulté sur la synthèse du projet d'établissement lors de la réunion prévue le 12/04/2022. La démarche du PE a été lancée en juillet 2020. La crise sanitaire a toutefois rendu difficile la mise en oeuvre de réunions et la participation des différents interlocuteurs. Annexe : - Annexe 2 – Fiche de présence – Projet d'établissement - Annexe 41 – ODJ du CVS du 12/04/2022	Le nouveau projet d'établissement, accompagné de la délibération du CVS lors de sa séance du 12/04/2022 devra être communiqué à l'ARS et au Conseil départemental.	
4	L'affichage des tarifs Dépendance n'est pas actualisé avec l'arrêté de 2022, transmis à la structure le 4 février (accusé de réception du 5 février 2022).	Mis à jour à l'affichage le 16/02/2022. Annexe : - Annexe 3 - Photo de l'affichage du tarif dépendance	Réalisé.	

5	A défaut de médecin coordonnateur dans les effectifs de l'établissement le jour de la visite, et en l'absence de la tracabilité systématique de l'avis du médecin coordonnateur régional, l'avis médical sur les admissions des personnes à accueillir permettant de veiller à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution, n'est pas garanti (article D.312-158 2° du CASP). Il n'est pas réalisé de bilan d'évaluation gériatrique à l'entrée du résident à l'EHPAD.	Le médecin coordonnateur régional valide toujours par mail les dossiers médicaux d'admission. [redacted] a été recruté et prendra ses fonctions le 04/04/2022. Annexes : - Annexe 25 - Promesse d'embauche médecin coordonnateur de leur état de santé avec les capacités de soins - Annexe 26 - Mails de validation médicale du Médecin Coordonnateur Régional des 2 dossiers consultés	Il est bien noté qu'un médecin coordonnateur prendra ses fonctions le 04/04/2022. Son contrat devra être communiqué à la délégation départementale ARS.
6	L'absence de formalisation d'une mesure de protection, ou de la désignation d'une personne de confiance, quand le contrat de séjour n'est pas signé par le résident, ne permet pas de garantir le respect du consentement éclairé (articles L.311-3 et 4 du CASP).	Lors du prochain CVS du 12/04/2022 nous informerons les membres : - De l'importance de la désignation d'une personne de confiance - Que conformément à notre procédure d'admission, pour les personnes n'ayant pas de représentant légal, nous serons dans l'obligation de lancer la mise en place d'une mesure de sauvegarde de justice (Cf. Annexe 2 - ODJ du CVS du 12/04/2022) Puis, nous allons prendre contact individuellement avec chaque famille pour leur expliquer le démarche et formaliserons ces rendez-vous. Annexe : - Annexe 41 - ODJ du CVS du 12/04/2022	Il est pris acte de ces engagements pour les résidents ne pouvant pas signer eux-mêmes les documents d'admission, dont le gestionnaire devra rendre compte de la mise en œuvre.
7	Le temps de jeûne nocturne supérieur à 12h et l'absence de proposition systématique d'une collation du soir, ne permettent pas de respecter les recommandations de la HAS (Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée 2007).	Nous allons systématiser la proposition d'une collation de nuit auprès des résidents. L'action du PAQ sur ce point a été créée lors du groupe de travail mis en place pour l'évaluation interne. Nous avons modifié l'échéance de cette action au 30/04/2021 pour en faire une priorité. Les fiches horaires de nuit ont été modifiées et signées le 15/03/2021 par les équipes afin de rajouter la proposition de collation. La tracabilité de la distribution d'une collation sera saisie sur Netsoins, après avoir formé les équipes, les 21 et 22/03. Egalement, le 21/03, nous allons réévaluer en équipe tous les besoins et attentes des résidents concernant les collations nocturnes, afin de le préciser dans les plans de soins et projets personnalisés de chacun. Annexe : - Annexe 29 - Fiche horaire AS nuit modifiée Un Médecin coordonnateur, [redacted], a été recruté et prendra ses fonctions le 04/04/2022.	Il est pris acte de ces engagements. La date de sa mise en œuvre est certainement au 30/04/2022. Les fiches de nuit ont du être modifiées le 15/02/2022 (erreur de plume). Cette mesure doit s'inscrire dans la durée.
8	Il n'existe pas de temps de médecin coordonnateur au sein de l'établissement, contrairement aux dispositions de l'article D.312-156 du CASP.	Un Médecin coordonnateur, [redacted], a été recruté et prendra ses fonctions le 04/04/2022.	La prise de fonction du futur médecin coordonnateur est notée. L'établissement devra communiquer son contrat signé auprès de l'ARS avant fin avril 2022.
9	Le projet général de soins est obsolète. L'établissement ne dispose pas actuellement de médecin coordonnateur (articles D.312-158-1° et D.311-38 du CASP).	Le projet d'établissement 2022-2026 est en cours de finalisation et sera adressé aux tutelles au mois d'avril. Le projet général de soin, partie intégrante du projet d'établissement, pourra être modifié ultérieurement en fonction de l'expertise du nouveau médecin coordonnateur.	Le projet d'établissement, comprenant le projet général de soin complété par le médecin coordonnateur, devra être communiqué aux autorités de contrôle dans le délai de 6 mois.

S'agissant de la gestion des médicaments périmés, au vu des documents communiqués, la procédure opérationnelle standard (SOP) n'est pas respectée (articles L.4211-2 et R.5192-36 du CSP).		Concernant la gestion des médicaments périmés, nous avons plusieurs dispositifs de maîtrise : L'IDEC et/ou les IDE effectuent un contrôle aléatoire dans les casiers nominatifs des résidents à raison d'une fois par trimestre. Cette vérification est tracée sur la fiche « Tableau de Contrôle des dates de péremption des produits pharmaceutiques et nettoyage des armoires et piluliers » remis à la mission le jour de l'inspection - La convention signée avec l'office partenaire prévoit à son chapitre 3.3 que « Le PHARMACIEN s'engage à : organiser la récupération des médicaments non utilisés en vue de leur élimination, en mettant à disposition de l'EHPAD le carton [REDACTED] et en assurant son ramassage régulier de sorte qu'il n'y ait jamais plus d'un à l'EHPAD. » A cet effet, le carton [REDACTED] est bien présent à l'intérieur de la pharmacie. Celui-ci est récupéré et changé dès que nécessaire sur simple demande à l'officine. - La convention signée avec l'office partenaire prévoit à son chapitre 3.3 que s'agissant des stupéfiants : « le PHARMACIEN s'engage à les récupérer dans la semaine qui suit la demande lors de son passage hebdomadaire, et à les détruire suivant la réglementation en vigueur. Enfin, notre coffre à toxiques est vérifié 1 fois par mois en présence de l'IDEC et du directeur, afin de s'assurer que l'établissement ne conserve pas de médicaments dont nous n'aurions plus l'utilité. Annexes : - Annexe 38 - Copie convention Pharmacie - Annexe 39 - Photo carton [REDACTED] - Annexe 40 - Fiche mensuelle de contrôle du coffre à toxique	Les démarches et documents transmis répondent aux constats.
REMARQUES MAJEURES			
1	Le taux de résident en état de dénutrition (80 %), tel qu'il apparaît dans le rapport d'activité médicale 2021, présente un risque majeur pour la santé des résidents.	Les données du RAAM sont directement extraites de notre logiciel de soins [REDACTED] qui reprend les éléments des dossiers médicaux et des différentes informations renseignées. Ce taux tient compte à la fois des résidents dénutris et de ceux à risque de dénutrition. En effet, les précautions complémentaires nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid19 ont imposé des changements d'habitudes de vie aux résidents. La modification du fonctionnement des visites, des sorties à l'extérieur ou des animations durant cette période, a été à l'origine de comportements de repli sur soi, de tristesse ou de perte d'appétit. Nous avons décidé d'élargir notre évaluation de la dénutrition pour augmenter les apports protéino-énergétiques. Nous suivons la dénutrition dans notre « Tableau de suivi nutritionnel » dans Netsoins. Dès qu'un diagnostic de dénutrition est posé, nous prenons contact avec le médecin traitant du résident pour mettre en place un régime hyper protéiné (HP), un CNO ou toute autre alternative. Les régimes HP ont été revus avec le nouveau chef de cuisine au début du mois de mars, et le seront régulièrement.	La prévention de la dénutrition doit être une priorité donnée au médecin coordonnateur à son arrivée début avril. Les mesures mise en oeuvre et l'évolution de la situation devront être communiquées à la délégation départementale ARS.
REMARQUES			
1	L'accueil des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés n'est pas en conformité avec les recommandations de l'HAS-ANESM « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social ».	La reconstruction d'un nouvel établissement est prévue d'ici 2024, intégrant 1 unité de soins adaptés et 1 unité grands dépendants.	Le constat reste d'actualité dans l'attente de l'aménagement des locaux dédiés à cet accueil spécifique d'ici 2024.
2	L'organigramme affiché à l'entrée de l'établissement n'est pas actualisé.	Mis à jour à l'affichage le 16/02/2022 - Annexe 4 - Photo organigramme mis à jour	Réalisé.

En n'assurant pas la traçabilité des signalements de tous les événements indésirables, graves ou non, et la sensibilisation du personnel à cette démarche, l'établissement ne garantit pas une exhaustivité de leur traitement, et une analyse globale des différentes problématiques rencontrées.	Une « fiche réflexe EI équipe » décrivant les modalités de déclaration d'un EI au sein de la résidence a été élaborée. Elle permet de rappeler les automatismes attendus des professionnels et a été présentée aux équipes le 15/03 et le 16/03, puis affichée en salle du personnel. D'autres formations suivront sur cette thématique aux dates indiquées dans l'annexe « Planning des formations ». D'autre part, une « fiche réflexe » a également été établie à destination du personnel encadrant. Elle sera expliquée et remise à chaque membre du staff le 22/03/2022, afin que ceux-ci puissent être moteurs dans la démarche de remontée d'événement. De plus, nous remettons « une charte de confiance » annexée au livret d'accueil du salarié afin de promouvoir la culture de l'erreur apprenante. Nous allons dispenser une information concernant l'utilisation des fiches d'amélioration à destination : - Des familles et résidents lors du prochain CVS du 12/04/2022, - Des familles via un chapitre dédié dans la gazette du mois d'avril, - Aux professionnels via les mini formations programmées au mois d'avril D'autre part, nous avons : - Intégré une mention dans le cahier de transmissions du personnel, qui rappelle la conduite à tenir en cas d'EIG. Ce document est visé par tous les salariés tous les jours. - Modifié l'ordre du jour des réunions pluridisciplinaires afin d'y intégrer un retex aux équipes ayant déclaré un EI/EIG Un tableau de suivi a été mis en place le 11/03/22, qui nous permet un recueil formalisé de l'ensemble des EIG. Pour chaque EIG, nous procéderons à une analyse des causes en équipe pluridisciplinaire via le diagramme d'ISCHIKAWA. Cette analyse fera systématiquement l'objet d'un compte rendu et conduira à la mise en place d'un plan d'action. Un bilan de l'analyse des EIG sera réalisé de façon semestrielle et annuelle (en décembre de chaque année), puis présenté aux équipes afin d'évoquer les thématiques récurrentes, les modalités de traitement, les plans d'actions mis en oeuvre et leurs suivis. Les différents événements feront l'objet d'une présentation auprès des membres du CVS. Annexes : - Annexe 5 – Photo "fiche réflexe EI Equipe en salle de pause" - Annexe 6 - Fiches de présence aux réunions de présentation aux équipes - Annexe 7 – Charte de confiance – Annexe 4 du livret d'accueil du salarié - Annexe 8 – Gazette mois d'avril- Annexe 9 – Fiche réflexe EI Direction - Annexe 10 – Planning des formations - Annexe 11 – Extrait du cahier de transmission - Annexe 41 – ODJ du CVS du 12/04/2022	Il est pris acte de ces améliorations apportées et engagements pris. Il est cependant noté que le tableau de suivi des réclamations ne fait pas apparaître les actions éventuellement nécessaires suite à la réclamation, et le suivi de leur mise en oeuvre. Il devra être complété en ce sens. Cette démarche doit s'inscrire dans la durée.	Une vigilance est à apporter sur la mise à jour régulière et anticipée des plannings.
Les modalités de recueil et d'analyse des réclamations et des doléances des usagers n'est pas complétées par un dispositif de recueil au sein de l'établissement, et par une analyse annuelle des problématiques, croisée avec les événements indésirables, dans le cadre de la démarche qualité.	Afin d'assurer un meilleur suivi des réclamations, nous avons mis en place un tableau de suivi depuis le 11/03/22. Chaque réclamation écrite et orale fait l'objet d'une réponse systématique faisant suite à un rendez-vous, si ce dernier est accepté par la famille. Un bilan de l'analyse des réclamations sera réalisé de façon semestrielle et annuelle (en décembre de chaque année), puis présenté aux équipes afin d'évoquer les thématiques récurrentes, les modalités de traitement, les plans d'actions mis en oeuvre et leurs suivis Un cahier de suggestions est à disposition des familles et des résidents, à l'accueil. Annexe : - Annexe 12 - Tableau de suivi des réclamations - Annexe 13 – Photo du cahier de suggestion à l'accueil	Le planning réalisé sous [REDACTED] n'était effectivement pas à jour le jour de la visite d'inspection, mais l'IDE en poste T2 était bien présente sur site. Nous avons mis à jour le planning le 16/02/2022. Annexes : - Annexe 16 - Planning [REDACTED] IDE – Février 2022 - Annexe 17 - Fiche de présence des IDE	Le planning communiqué le jour de l'inspection n'est pas actualisé. Il ne reflète pas complètement les professionnels réellement présents.

6	Une réflexion sur l'adéquation de la présence des professionnels dans la journée et dans les étages, au vu de la charge de travail et de la continuité des soins, est à mener.	Nous allons formaliser au mois d'avril, une réflexion en équipe sur la répartition des tâches de travail selon les ressources humaines effectives ; les fiches horaires sont également en cours de réajustement. Cette nouvelle répartition sera présentée aux équipes pour le 30 avril 2022. Pour cela, nous avons formalisé notre document de répartition des tâches. Annexe : - Annexe 18 - Répartition des tâches	Il est pris acte de la réflexion engagée sur la répartition des tâches. Elle doit concerner également le personnel infirmier. Une information sur les ajustements apportés est attendue auprès des autorités de contrôle avant fin juin 2022.
7	La politique de remplacement du personnel n'est pas formalisée.	La pénurie de personnel ne permet parfois pas toujours de prévoir et d'assurer le remplacement des absences longues sur certains jours, mais cela reste isolé. L'anticipation des absences et des remplacements n'est pas toujours possible (notamment pour les absences inopinées) et ce, malgré notre volonté de remplacer tous les postes vacants. En cas d'absence le matin ou à la prise de poste, avant l'arrivée du personnel encadrant, l'équipe, sous la responsabilité de l'IDE ou de la gouvernante, fait appel en premier lieu au pool remplaçant, puis aux agences d'intérim en 2ème intention. Pour les absences programmées, nous collaborons avec les organismes d'intérim partenaires, [REDACTED] et cherchons de manière simultanée une solution en interne, soit avec nos remplaçants réguliers, soit avec notre propre personnel. De plus, pour toutes les absences programmées, nous publions des offres via [REDACTED] Annexe : - Annexe 14 - Offre d'emploi en cours	La démarche de remplacement du personnel est notée.
8	Tous les professionnels n'ont pas connaissance d'une fiche de tâche ou fiche de poste Les fiches « métier » sont des documents types, qui ne retracent pas l'organisation propre de l'établissement.	Les fiches métiers sont systématiquement présentées puis signées par le nouveau salarié lors de l'embauche ; ces dernières sont intégrées dans le dossier administratif du salarié. En outre, des fiches horaires sont également élaborées pour l'ensemble des postes, sauf pour les IDE. Ces dernières sont en cours de réactualisation. Annexes : - Annexe 19 - Fiche métier signée - Annexe 20 - Fiches horaires poste AS	Il est noté l'actualisation des fiches horaires pour les IDE. La bonne connaissance des fiches de tâches par les salariés est à vérifier, notamment dans le cadre des entretiens d'évaluations.
9	Au planning du jour de la visite, aucun poste d'IDE n'est présent sur le poste T2, permettant une transmission avec l'équipe de nuit, ce qui peut nuire à la bonne communication des informations.	Comme évoqué à la remarque 5, le poste IDE T2 était bien présent le 15/02. Une modification du planning sous [REDACTED] a été réalisée le 16/02/2022.	Cf. remarque 5
10	Les formations portant sur la prévention de la maltraitance restent à décliner auprès des équipes par les agents référents. Certaines formations sont à étendre à l'ensemble des salariés (ex : geste d'urgence).	Depuis 2 ans, l'épidémie de COVID n'a pas permis de maintenir l'ensemble des formations prévues initialement. En effet, les formations étant souvent mutualisées entre les résidences, il était impossible de « mixer » les équipes sans courir le risque d'une contamination mutuelle. Néanmoins, la situation sanitaire s'améliorant, de nouvelles dates de formations prévention maltraitance nous ont été communiquées pour l'année 2022. Les formations aux gestes d'urgences reprennent également et nous allons y inscrire nos salariés. Une formation AFGSU est prévue le 04/04/2022 pour une soignante. D'autre part, une formation aux gestes d'urgences à laquelle l'IDEC a participé, s'est tenue le 17/03. Annexe : - Annexe 21 - Convocation aux formations « Gestes d'urgences » et « AFGSU »	Cette mesure reste d'actualité dans l'attente de sa réalisation.
11	L'information donnée aux familles et résidents sur les référents bientraitance identifiés dans l'établissement est erronée.	Les 3 personnes identifiées sont bien dans les effectifs. Il s'agit de : - [REDACTED] - Psychomotricienne (dont le nom de jeune fille est [REDACTED]) - Mme [REDACTED] - IDE - Mme [REDACTED] - Psychologue (Absente pour congé parental mais qui fait toujours partie des effectifs et dont le nom de jeune fille est DE [REDACTED]) Les deux dernières formations délivrées pour Mme [REDACTED] et Mme [REDACTED] Nouvelle IDEC ont été mises à jour le 15/03/2022. Annexe : - Annexe 22 - Photo nouvel affichage référents « Bientraitance »	Réalisé.

12	Les salles de bain collectives des 2ème et 3ème étages ne sont pas accessibles et servent de local de stockage du matériel. Cette situation est par ailleurs relevée par la commission de sécurité sous forme de prescription.	Nous n'avons pas suffisamment de lieux de stockage dans l'enceinte de l'établissement. Pour autant, même si ces locaux sont utilisés, ils nous permettent de sécuriser le matériel. Ces salles de bain sont régulièrement utilisées pour les douches des résidents qui nécessitent l'utilisation du lit douche, trop grand pour les salles d'eau adjacentes aux chambres. Néanmoins, dans l'attente des travaux d'installation des rails et comme l'établissement n'est pas complet, nous faisons le choix de bloquer une chambre et de la destiner au stockage afin de sécuriser le matériel, tout en libérant la salle de bain commune. Nous avons par ailleurs identifié cette chambre en apposant une signalétique dédiée. L'installation des 21 rails se fera au cours du 2ème semestre 2022, ce qui nous permettra de diminuer le matériel et de libérer ces espaces. Annexes : - Annexe 23 – Devis rails - Annexe 24 – Photos salle de bain vide & Chambre de stockage	Ces adaptations transitoires sont prises en compte,
13	La désignation d'une personne de confiance ou la formulation de directives anticipées sont inexistantes.	La recherche de la désignation d'une personne de confiance ou la formulation de directives anticipées sont recherchées dans les jours suivants l'admission. Dès l'entrée, les documents remis en annexes du contrat de séjour précisent ces informations : - Article 13 du règlement de fonctionnement - 13. DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE - Page 23 : ANNEXE III DU LIVRET D'ACCUEIL, Notice d'information relative à la désignation de la personne de confiance Ces documents sont systématiquement lus et expliqués avec le résident, son proche ou le représentant légal. A date, 11 personnes de confiance ont été désignées et 38 recherches de directives anticipées effectuées, dont 4 ont abouti à l'expression de directives. L'arrivée du médecin coordonnateur va nous permettre de relancer cette démarche, notamment au travers de la réalisation des EGS, qui permettront d'évaluer les capacités d'expression des volontés du résident. Annexe : - Annexe 27 – Annexes au contrat de séjour.	Il est pris acte de ces engagements, dont le gestionnaire devra rendre compte de la mise en œuvre.
14	L'attestation de réception du livret d'accueil, du règlement de fonctionnement, de la charte de la personne âgée dépendante et de la charte de la personne accueillie n'est pas retrouvée dans un dossier consulté.	Après remise et explication des documents, nous faisons signer une attestation de réception du livret d'accueil, du règlement de fonctionnement, de la charte de la personne âgée dépendante et de la charte de la personne accueillie. Ces documents sont systématiquement remis et expliqués le jour de l'entrée, comme tous les autres documents. Nous prenons bonne note de votre remarque et nous serons vigilants à récupérer et archiver l'attestation de réception des documents d'entrée dans le dossier administratif de chaque résident.	Il est pris acte de cet engagement.
15	Il n'est pas mis en place de professionnel référent pour le résident pouvant faciliter son intégration et sa vie sociale (recommandation HAS/ANESM Qualité de vie en EHPAD).	Dans le cadre du travail à mener sur la répartition des tâches et la nouvelle organisation, nous allons intégrer une réflexion sur la mise en place d'un binôme de référents professionnels pour chaque résident. (Cf. Remarque 6)	Il est pris acte de ces engagements, dont le gestionnaire devra rendre compte de la mise en œuvre.
16	La réflexion sur la prise en compte du rythme de chaque résident est à approfondir, notamment pour la distribution du petit déjeuner (recommandation HAS/ANESM Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement).	Les plans de soins et les projets personnalisés prennent en compte les habitudes de vie des résidents. Nous nous basons notamment sur les éléments recueillis sur la fiche E « Éléments de vie du résident ». Cette fiche, qui fait partie des pièces à fournir en vue de l'admission, nous permet de connaître les besoins, habitudes et attentes du résident. Ces éléments sont ensuite saisis dans Netsoins puis conservés dans le dossier de soins du résident. Ils servent de base à l'élaboration du plan de soins et du projet personnalisé. Malheureusement, il arrive que nous n'ayons pas systématiquement cette fiche lors de l'entrée. Dans ce cas, les différents entretiens entre le résident, sa famille et les professionnels, nous permettent toutefois de recueillir ces éléments, le jour de l'entrée. Nous sensibiliserons davantage les proches et les résidents à nous fournir ces éléments afin d'adapter au plus juste la prise en charge aux habitudes de vie. Annexe : - Annexe 28 – Fiche E – Éléments de vie	Au-delà du recueil des habitudes de vie, ces éléments doivent être pris en compte dans l'organisation des tâches des professionnels (exemple : système actuel de distribution des petits déjeuners par couloir).
17	Selon les entretiens, les plats de substitution manquent de variété.	Nous prenons bonne note de votre remarque et en avons fait part à notre chef de cuisine le 15/03/2022 afin qu'il nous propose des plats de substitution plus variés qu'il pourra mettre en œuvre dès le mois d'avril.	Il est pris acte de cet engagement, à mettre en place dès le mois d'avril.

18	Au vu du rapport d'activité médicale 2021 aucun dentiste n'intervient au sein de l'établissement.	Le bassin Aurillacois fait face à une carence de dentistes (qui ne prennent plus de nouveaux patients). Pour autant, nous allons poursuivre nos recherches et solliciter les dentistes des communes environnantes, afin de formaliser une convention pour une intervention au sein de notre EHPAD. A ce jour, nous n'avons pas la possibilité d'une téléconsultation dentiste, ni la possibilité de disposer d'un chariot de soins dentaires.	Il est pris acte de cet engagement, dont le gestionnaire devra rendre compte de la mise en œuvre.
19	Le nombre de BMR (bactéries multi-résistantes) constaté en 2021 est important.	Ce nombre est étonné. Nous avons contacté notre laboratoire partenaire, le laboratoire [REDACTED] pour obtenir nos données. Ces dernières sont les suivantes : - 2020 : 2 BMR - 2021 : 0 Il s'agit vraisemblablement d'une erreur de report de données dans le RAAM. Annexes : - Annexe 30 - Mail du Laboratoire [REDACTED] du 15/03/2021 - Annexe 31 - Données Laboratoire 2020	Une vigilance doit être apportée sur la fiabilité des données renseignées dans le RAAM.
20	La prévention et la prise en charge des chutes restent à améliorer s'agissant de la formation des agents et de l'analyse en équipe.	Toutes les chutes font l'objet d'une déclaration dans notre logiciel Netsoins. Chaque chute est analysée hebdomadairement le mardi et vendredi en équipe pluridisciplinaire regroupant IDEC, IDE, psychomotricienne, psychologue. Ces réunions font l'objet d'un compte rendu systématique. Pour toutes les chutes nous analysons plusieurs critères : La date, le lieu, les différents facteurs environnementaux ayant pu favoriser la chute... S'agissant de la formation, nous allons reprogrammer des formations aux équipes par le biais notamment de nos psychomotriciennes. Annexe : - Annexe 32 - Comptes rendus réunions pluridisciplinaires	Il est pris acte de l'engagement de programmer de nouvelles formations auprès des professionnels sur la prévention des chutes. A communiquer en termes de réalisations.
21	Les formations à la prévention et au traitement des escarres restent à réaliser.	Nous avons élaboré notre planning de mini formations annuel, qui reprend cette thématique. Annexe : - Annexe 33 - Planning annuel de mini formation	Il est pris acte de ces engagements, dont le gestionnaire devra rendre compte de la mise en œuvre.
22	La formation des IDE concernant les soins palliatifs est à conforter.	Une formation aux soins palliatifs sera délivrée à nos salariés. Notre nouveau médecin coordonnateur, également gériatre, pourra apporter son expertise sur ce sujet. De plus, nous travaillons en collaboration avec l'équipe mobile de soins palliatifs du Centre hospitalier d'Aurillac qui intervient auprès de nos personnels lorsque cela est identifié comme nécessaire par l'équipe pluridisciplinaire. Cette équipe mobile étant opérationnelle depuis peu, aucune convention n'est encore définie. Nous prévoyons donc de procéder à cette signature dans les semaines à venir, lorsque les représentants de l'équipe seront disponibles.	Il est noté que des formations seront faites aux salariés, ainsi que la formalisation de la convention avec le CH d'Aurillac (EMSP). La mise en œuvre de ces mesures est à communiquer après réalisation.
23	La coopération avec le CH d'Aurillac sur la thématique « Prise en charge de la douleur » reste à mener.	Cette coopération comme indiqué dans les éléments de réponse à la remarque n°22, sera formalisée avec l'équipe mobile de soins palliatifs dès que possible.	La collaboration avec le CH d'Aurillac disposant de compétences spécifiques sur la prise en charge de la douleur est à mettre en place.
24	Les bouteilles d'oxygène ne sont pas arimées, ce qui présente un risque pour la sécurité.	Notre agent de maintenance a procédé à la sécurisation des bouteilles d'oxygènes de l'infirmerie. Annexe : - Annexe 34 - Photo bouteilles O ₂ infirmerie	Réalisé.
25	Il n'est pas mis en place de protocole de coopération entre IDE et AS concernant la distribution des médicaments, alors que les IDE ne distribuent pas les médicaments pour tous les résidents. Il n'existe pas de formation spécifique sur le sujet.	Une formation a été dispensée le 15 et le 16/03/2022 à tout le personnel AS/JAMP susceptible d'être autorisé à distribuer les médicaments sous délégation des infirmières. Nous nous sommes appuyés sur le diaporama fait par la direction médicale du groupe. Cette formation présente les modalités de distribution en mode dégradé, le type de médicaments dont la distribution est autorisée par les AS/JAMP, les points de vigilance et la conduite à tenir en cas d'incident de distribution. D'autre part, nous avons élaboré un « logigramme » expliquant de manière synthétique les rôles et missions de chacun. Ce document sera présenté aux équipes les 16/03/22 et 18/03/2022 et affiché à l'infirmerie. Annexes : - Annexe 35 - Diaporama de formation délégation de l'administration de traitement pour les AS - Annexe 36 - Fiches de mini formation sur la délégation des médicaments - Annexe 37 - Logigramme mode dégradé distribution des médicaments par AS	Les actions d'amélioration répondent aux constats formulés. Elles peuvent être utilement complétées par un protocole de collaboration IDE-AS.

