

La direction générale

Affaire suivie par :

Président de la SAS QUIEDOM 43
100, Avenue de VALS
43750 VALS-PRES-LE-PUY

Réf. : 2022 - PMIEC

Lyon, le **11 MAI 2022**

Objet : Notification de décision définitive suite à inspection par les services de l'Agence Régionale de Santé et du Conseil Départemental de la Haute-Loire.

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

LRAR 1A 181 638 37296

Monsieur le Président,

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 « Foyer Saint-Dominique à Vals-près-le-Puy dans le département de la Haute Loire le 25 février dernier.

Sur la base du rapport établi par la mission, nous vous avons fait parvenir par courrier en date du 17 mars 2022 le rapport établi par la mission comprenant un certain nombre d'écarts et de remarques. Nous vous demandons en retour de nous transmettre un plan d'action précis assorti d'un échéancier, afin de remédier aux carences et non conformités constatés par les inspecteurs. A défaut, nous envisageons de mettre en œuvre les dispositions de l'article L. 313-14 du code de l'action sociale et des familles, pouvant conduire à une administration provisoire.

Vous nous avez transmis votre réponse en retour par courrier du 4 avril 2022.

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

Nous notons un début de mise en œuvre des mesures correctives. Mais la plupart d'entre elles restent à réaliser dans le cadre du plan d'actions transmis. Nous prenons acte des engagements formulés dans le cadre de la procédure contradictoire, dont la mise en œuvre s'échelonne jusqu'au 31/12/2022 et qui devront se pérenniser ensuite.

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.

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

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

Vous veillerez à leur transmettre à chaque échéance et au final au 31/12/2022 l'ensemble des éléments probants attestant de la mise en œuvre des actions correctives engagées.

A défaut de mise en œuvre des actions correctrices dans les délais prévus, nous serions amenés à reconsidérer la formulation d'une injonction prévue l'article L. 313-14 du code de l'action sociale et des familles, telle qu'évoquée initialement dans le courrier de mesures provisoires.

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 l'expression de notre considération distinguée.

Copie à M. le directeur de l'EHPAD « Foyer Saint-Dominique »

1A181638 37302

EHPAD Foyer Saint-Dominique à VALS-PRES-LE-PUY - Inspection ARS/CD de la Haute-Loire du 25/02/2022

CONSTATS : Ecart/Remarques		ELEMENTS DE REPONSE DE L'EHPAD	ANALYSE DE LA REPONSE CONCLUSION - MESURES CORRECTIVES ATTENDUES
ECARTS			
1	Le registre légal des entrées-sorties n'est pas mis à jour au vu du nombre de résidents accueillis au jour de la visite (art. L. 331-2 du CASF).	Ce registre a été mis à jour	Mesure prise en compte.
2	En ne disposant pas d'un projet d'établissement actualisé, la structure ne respecte pas les dispositions des articles L. 311-8, D. 311-38, et D. 344-5 du CASF.	Le projet d'établissement sera remis à jour étant donné qu'un projet d'établissement doit être fait en équipe nous proposons un délai au 31/12/2022. A l'heure actuelle, les résidents sont libres d'aller et venir à leur guise, en l'absence de COVID dans la résidence.	Il est pris acte de l'engagement de finaliser le projet d'établissement au 31/12/2022 à l'issue d'une démarche d'élaboration concertée. Le document devra être communiqué aux autorités de contrôle.
3	Au regard des comptes rendus transmis à la mission, le CVS ne se réunit pas selon la périodicité prévue par les textes réglementaires	Lors du dernier CVS, les familles ont été invitées à se présenter afin de devenir membre du CVS. Election à venir en cours, dépôt de candidature jusqu'au 01/04 et élections 15/04.	Il est pris acte de la démarche engagée pour renouveler le CVS et de la date d'élection au 15/04/2022. Cette instance devra se réunir selon la périodicité prévue par la réglementation. Le gestionnaire devra communiquer aux autorités de contrôle le procès-verbal de la constitution du prochain CVS et les comptes-rendus des réunions.
4	Les modalités de signalements externes des événements indésirables graves (dont les EIG associés aux soins), telles que formalisées dans le protocole communiqué à la mission, ne respectent pas les dispositions des articles L. 331-8-1, R. 331-8 à 10 du CASF, R.1413-67 et suivants du Code de la Santé Publique.	La procédure va être modifiée selon les nouvelles recommandations puis présentée aux équipes. Echéance prévue : 01/05/2022.	Cf. analyse Remarque 2
5	En l'absence de médecin coordonnateur, aucun avis médical n'est formulé sur l'admission du résident, permettant d'assurer la compatibilité de son état de santé avec les capacités de soins de l'établissement (article L. 312-158 du CASF).	Le dossier médical est consulté et validé ou non par le cadre de santé. Des annonces sont toujours en cours mais nous sommes confrontés à des refus.	Le recrutement d'un médecin coordonnateur reste à réaliser. L'établissement devra continuer à rendre compte de toutes les démarches engagées pour cela.
6	Tous les dossiers consultés par la mission ne comportent pas un contrat de séjour signé du résident conformément à l'article L. 311-4 du CASF.	Nous actons cet écart qui date d'avant le rachat pour certains dossiers, et faisons le nécessaire pour que tous les résidents aient un contrat de séjour à jour. Echéance 01/05/2022.	Il est pris acte de cet engagement dont l'établissement rendra compte de la mise en œuvre à l'échéance prévue (01/05/2022).
7	En ne disposant pas d'un règlement de fonctionnement actualisé et affiché dans l'établissement, ce dernier ne respecte pas les dispositions des articles L. 311-7, R. 311-33 et suivants du CASF, ni de l'instruction n°DSG/HFDS/DGS/2017/219 du 04 juillet 2017 relative aux mesures de sécurisation dans l'établissement et services sociaux et médico-sociaux.	Il est prévu de le mettre à jour lors du prochain CVS. Echéance 01/05/2022.	Il est pris acte de cet engagement. Le document sera transmis aux autorités de contrôle à l'échéance prévue (01/05/2022).

8	L'absence de livret d'accueil actualisé et de ses annexes, outils « socles » de la loi 2002-2, ne permet pas l'exercice des droits et libertés individuels, dont le droit pour le résident d'accès à toute information ou document relatif à la prise en charge (article L. 311-3 du CASF).	Lorsque le Règlement de fonctionnement et le livret d'Accueil seront actualisés, il sera vérifié que tous les résidents ont tous les documents cités. Echéance : 01/09/2022.	Il est pris acte de cet engagement (actualisation des documents et communication effective) dont l'établissement rendra compte de la mise en œuvre à l'échéance prévue (01/09/2022). Le gestionnaire devra communiquer le nouveau règlement de fonctionnement et livret d'accueil.
9	En n'élaborant pas de projet d'accompagnement personnalisé comprenant un projet de soin et un projet de vie pour chaque résident, et régulièrement actualisés, l'établissement contrevient aux dispositions des articles L. 311-3 et D.312-155-Q du CASF.	40 PAP sont réalisés mais la méthodologie utilisée n'est pas la bonne. La psychologue va être formée afin de faire signer le bon document aux familles.	Le rétroplanning mentionné dans la réponse du gestionnaire pour l'élaboration des PAP manquants n'est pas communiqué. Il est à transmettre et l'établissement rendra compte de sa mise en œuvre complète d'ici le 31/12/2022. Compte tenu de la remarque sur l'inadéquation de la méthodologie, la formalisation d'une procédure d'élaboration des PAP, en conformité avec les recommandations de l'HAS/ANESM est vivement souhaitable. La réalisation et la mise à jour régulière des PAP est une mesure qui s'inscrit dans la durée.
10	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).	Une collation est systématiquement proposée par le personnel de nuit lors de leur tournée de nuit à partir de 21h. La distribution sera systématiquement tracée sur Titan.	Au-delà de la collation qui doit être systématiquement proposée (l'exemple tracé sur le logiciel de soins n'est pas communiqué), ce sujet est également à relier à la mise en œuvre de la mesure liée à la remarque 25 (adaptation au rythme de vie des résidents / réorganisation des plannings).
11	Il n'existe pas de temps de médecin coordonnateur au sein de l'établissement, contrairement aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Nous regrettons cette situation, des annonces sont publiées et nous contactons régulièrement les médecins pour leur faire connaître le poste.	Cf. Ecart 5
12	En l'absence de médecin coordonnateur, les missions listées à l'article D. 312-158 du CASF ne sont pas assurées. Le projet d'établissement, devant inclure le projet général de soins, n'a pas été actualisé depuis plus de 10 ans.		
13	Le défaut d'utilisation du 1 par les médecins traitants des résidents est pallié par une retranscription informatique par l'IDEC des ordonnances médicales. Cette pratique n'est pas autorisée dans le cadre du rôle propre des IDE défini aux articles R. 4311-3 à R. 4311-6 du code de la santé publique et peut être assimilée à un acte réservé à l'exercice médical. De plus, elle est source d'erreurs de saisie qui peuvent avoir des conséquences dans la prise en charge médicale des résidents.	Nous prenons acte de cette remarque. La plupart des médecins traitants retranscrivent les prescriptions sur En cas de refus de leur part, nous allons nous rapprocher de notre pharmacie afin de leur demander de retranscrire les ordonnances directement sur le logiciel, y compris en cas de retour d'hospitalisation. Nous allons organiser une CCG afin de leur proposer l'accès à 1 afin qu'ils puissent en cas d'urgence prescrire depuis leur cabinet. Ainsi nos équipes pourront arrêter de retranscrire les ordonnances. Echéance 01/06/2022.	La solution proposée par l'établissement, de prendre l'attache du pharmacien pour retranscrire les ordonnances, n'est pas davantage acceptable. Cette pratique assimilée à un acte réservé à l'exercice médical ne rentre pas dans les attributions du pharmacien. Il est noté un rapprochement avec les médecins traitants afin d'éviter cette retranscription. L'établissement devra rendre compte de la mise en œuvre de cette mesure à l'échéance envisagée (01/06/2022).
REMARQUES MAJEURES			

			La stabilisation de la gouvernance est une mesure qui s'inscrit sur la durée.
1	L'instabilité de la gouvernance (4 directeurs depuis 2018) a pénalisé le fonctionnement de l'établissement, rendant difficile la conduite de démarches sur le moyen et long terme et impactant la qualité de la prise en charge. Des conflits anciens restent d'actualité (ex : projets personnalisés – Evaluation externe 2014).	Nous notons cette remarque majeure et nous prenons acte que des points datant pour certains de 2014 n'ont pas évolué suffisamment. Nous insistons sur le fait que sur les 4 directeurs 2 sont encore en poste sur des structures de personnelles. En tant que nouveau directeur je vous confirme m'inscrire dans une démarche de long terme.	
2	Les locaux présentant un risque pour la sécurité des résidents. Le risque de fugue et le risque suicidaire ne sont en particulier pas suffisamment appréhendés.	La liste des résidents à risque suicidaire et fugue sont à jour. Un rappel aux équipes a été fait pour que les portes de stockages soient fermées à clé. Mise en place d'un affichage sur ces portes. L'ensemble des fenêtres de chambres ont été sécurisées. Un devis est en cours d'étude pour la sécurisation des portes menant à l'extérieur. Les éléments probants seront communiqués à chaque mise en place.	Il est noté que l'évaluation des résidents à risque a été mise à jour, ainsi que la sécurisation des fenêtres des chambres des résidents concernés et des locaux de stockage. Compte tenu de la configuration des locaux les risques restent réels compte tenu des accès aux escaliers extérieurs. Les autorités de contrôle devront être informées des résultats de l'étude pour la sécurisation des portes extérieures, et de la réalisation des travaux. Une formation des personnels au risque de fugue et risque suicidaire est nécessaire.
3	Le contenu et les modalités de vérification du chariot d'urgence peuvent compromettre une réponse immédiate à un besoin de soin.	Nous avons procédé à la vérification mensuelle du chariot d'urgence. La liste des produits présents sur le chariot a été validée à l'époque par le médecin co. En cas de besoin, nous faisons appel à un médecin traitant pour renouveler le stock.	La traçabilité de la vérification du chariot d'urgence doit mentionner la date et - outre la qualité - le nom du professionnel qui l'a contrôlé. La vérification doit être faite également sur le bon état de fonctionnement des appareils.
REMARQUES			
1	Les moyens de communication à destination des familles sont limités.	Mise en place d'un recueil des plaintes à l'entrée de la résidence ainsi qu'une boîte à idées. Ces outils seront présentés en CVS. Est en place. Échéance des mesures prévue : 01/05/2022.	Il est pris acte de la mise en œuvre d'un dispositif de recueil des réclamations / suggestions à destination des familles, du service en ligne : d'une communication par courrier aux résidents et familles (ex. 18/03/2022). La tenue de réunions régulières avec les familles, envisagée par le nouveau directeur, sera à mettre en place.
2	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 information générale a été donnée en réunion pluridisciplinaire aux salariés le 30/03 et le 2/04. Des fiches d'EIG ont été mises à leur disposition en salle de pause. Ces événements seront traités en COVIRIS chaque trimestre. Les salariés sont invités à informer la Direction en cas d'EIG. Un nouveau protocole sera mis en place au 01/05/2022	Il est pris acte de la démarche engagée pour sensibiliser le personnel au signalement d'événements indésirables. Cette sensibilisation doit être poursuivie pour les salariés qui n'auraient pu être présents lors des deux réunions, et reconduite régulièrement, notamment à l'attention des nouveaux professionnels. S'agissant des documents présentés en annexe 8 : le document "Formulaire signalement événements indésirables 2022" n'est pas adéquat pour la déclaration à l'ARS (ex. le professionnel identifié n'est plus en fonction). Il doit se faire par le formulaire disponible sur le site de l'ARS ARA (que vous avez par ailleurs communiqué à l'annexe 8 en pdf) et transmis au Point Focal Régional à l'adresse suivante : arsg68-alerte@ars.sante.fr (voir sur le site la rubrique Professionnels / Signaler ou déclarer à l'ARS / Evénements indésirables dans le secteur médico-social). Les vigilances, ainsi que les EIGS (événements indésirables graves liés aux soins) font l'objet d'un signalement spécifique (en 2 volets pour ces derniers). Le protocole prévoyant le signalement des événements indésirables, leur analyse, leur traitement et le suivi des actions correctives prévues, dont la mise en place est prévue au 01/05/2022, devra être communiqué au préalable aux autorités de contrôle. Il doit prévoir le signalement systématique en interne de tout événement indésirable - grave ou non, et préciser les modalités de signalement des EIG aux autorités de contrôle. Il est bien noté qu'une revue des EI sera effectuée chaque trimestre en COVIRIS. Cette périodicité ne doit pas ralentir un traitement rapide de l'événement. Un
3	Tous les axes d'amélioration identifiés lors des audits ne sont pas repris dans le cadre d'un plan d'actions Qualité, assorti d'un échéancier précis, pour un suivi de leur mise en œuvre.	Un audit qualité de groupe a été effectué le 15 mars. Il nous semble plus pertinent de vous envoyer le plan d'actions 2022. Échéance : 01/05/2022.	Les résultats de l'audit et le plan d'actions correspondant sont attendus pour le 01/05/2022.

4	Aucun document n'est facilement mis à disposition des résidents et des familles au sein de l'établissement pour leur permettre de faire part de leurs doléances. Aucun élément ne permet d'attester d'une analyse globale des réclamations des usagers et des familles dans le cadre d'une démarche Qualité, croisée avec les événements indésirables (ANESM décembre 2008 Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance).	Mise en place d'un recueil des plaintes à l'entrée de la résidence ainsi qu'une boîte à idées. Ces outils seront présentés en CVS après les élections d'un nouveau CVS, normalement le 28 avril. Échéance 01/05/2022.	Il est pris acte des améliorations apportées (fiche de réclamation, information sur le portail national de signalement, boîte de recueil des suggestions ou doléances). Dans le cadre de la politique Qualité, la même démarche que celle demandée pour les EI est attendue : recueil exhaustif, analyse, traitement, suivi des actions correctives, analyse dans le cadre du COVIRIS, bilan annuel, information du CVS.
5	Les modalités pour assurer la continuité de la direction ne sont pas formalisées.	Une procédure principale ainsi que les procédures annexes seront rédigées puis présentées au CODIR : échéance : 01/05/2022	La formalisation des modalités prévues pour assurer la continuité de la direction est à communiquer pour le 01/05/2022.
6	La mission relève un défaut de formalisation dans le fonctionnement général de l'établissement.	Un organigramme ainsi que des fiches d'organisation ont été établies pour le CODIR. Le CODIR se réunit le lundi matin de 9h30 à 10h30	Au-delà du nouvel organigramme transmis (à compléter pour les IDE) le constat de la mission était plus global sur l'absence de formalisation d'un certain nombre de documents institutionnels et procédures internes (outils de la loi 2002-2 obsolètes, pas de note sur la continuité de la direction ou l'organisation des astreintes, pas de procédure d'admission, de recueil approprié des événements indésirables et des réclamations, de comptes-rendus des réunions...). La levée de cette mesure est donc liée à la réalisation de ces différents documents, dont la liste n'était pas exhaustive dans le rapport.
7	Le temps infirmier au jour de la visite est insuffisant. L'IDE est régulièrement mobilisée sur le soin / l'absence d'IDE. Ce constat, renforcé par l'absence de médecin coordonnateur, conduit à ce qu'elle ne soit pas à même d'assurer pleinement ses fonctions de coordination.	Nous avons lancé un recrutement pour un poste temps plein malheureusement nous n'avons pas encore eu de retour. Nous vous transmettrons les éléments d'embauche dès que le recrutement sera effectif.	Le renforcement du temps infirmier reste une priorité dans l'attente d'un recrutement.
8	Les modalités de remplacement des absences du personnel ne sont pas formalisées.	Une procédure de remplacement du personnel va être formalisée ainsi qu'une procédure formalisant l'accueil des nouveaux embauchés. Nous allons mettre en place un pool de remplaçants. Échéance prévue : 01/07/2022	Il est pris acte de ces engagements dont la mise en œuvre sera à produire pour l'échéance prévue.
9	Tous les agents n'ont pas connaissance de leur fiche de poste.	Suite à vos remarques, les fiches de postes vont être revues en équipe et seront diffusées à l'ensemble des collaborateurs et lors de l'embauche des nouveaux salariés. Un diagnostic sur l'organisation est en cours. Avec les salariés et les DP. Échéance prévue : 01/07/2022	Il est noté qu'une consultation du personnel sur la réorganisation des plannings est en cours. Il est pris acte de ces engagements sur la réorganisation et l'adaptation des fiches de postes, dont la mise en œuvre sera à produire pour l'échéance prévue. L'objectif doit être également une meilleure adaptation au rythme de vie des résidents.
10	Au vu des réunions du CSE l'organisation du travail des AS sur une amplitude de 11h est régulièrement contestée par les agents. Aucune		
11	Les horaires des plannings ne mettent pas en évidence un temps de transmission entre les équipes de jour et de nuit. Le temps de présence infirmier ne permet pas un échange avec l'équipe de nuit.	Les transmissions sont effectuées par l'aide-soignante de jour. Un temps de transmission IDE jour et AS sera intégré dans la cadre de la réorganisation des postes. Les fiches de postes seront modifiées en conséquence. Échéance prévue : 01/07/2022	Le constat de la mission reste d'actualité. Les modifications permettant d'y remédier (réorganisation et modification des fiches de postes) sont attendues à l'échéance indiquée.
12	Les temps de transmission de 14h00 à 14h30 servent de lieu d'échanges pluridisciplinaires à défaut d'autre temps existant pour cela. Il n'y a pas de temps de transmission ciblé sur les problématiques du soin.	Un temps de transmission générale est maintenu de 14h00 à 14h10 puis jusqu'à 14h30 seul le personnel soignant restera en transmission. L'IDE est référente de l'organisation de ce temps de transmission afin d'avoir des transmissions ciblées sur le soin.	Mesure prise en compte sur les transmissions. Cela n'exclut pas la tenue d'autres temps d'échanges pluri-professionnels au sein de la structure.
13	La procédure d'organisation des astreintes n'est pas formalisée.	Une procédure va être créée. Échéance : 01/05/2022	Il est pris acte de cet engagement dont la mise en œuvre sera à produire pour l'échéance prévue.
14	Les modalités d'information du cadre d'astreinte en cas d'urgence ne sont pas formalisées.	Une procédure va être créée. Échéance : 01/05/2022	Idem.

15	Tous les professionnels n'ont pas connaissance du Dossier de Liaison Urgences, ce qui présente un risque de perte d'information en cas d'hospitalisation du résident.	La procédure est à côté de l'ordinateur de l'infirmière. Une formation va être dispensée à l'ensemble du personnel.	L'établissement devra apporter les justificatifs des formations réalisées sur le DLU. Cette sensibilisation doit se poursuivre, notamment auprès des nouveaux professionnels. Le protocole "Conduite à tenir en cas d'urgence et d'hospitalisation" a été actualisé. Il est utile de compléter cette procédure par la liste des points importants que les agents (souvent AS ou ASH, la nuit) doivent communiquer lorsqu'ils contactent le 15 (ex : antécédents...).
16	Toutes les informations disponibles dans la salle de soins ne sont pas actualisées.	Les documents ont été actualisés depuis la visite de la mission.	Il est noté la mise à jour de documents, notamment de la liste des résidents présentant un risque spécifique. Au vu des constats de la mission et des documents communiqués. Il convient de veiller à ce que les informations disponibles en salle de soins mentionnent les coordonnées du cadre d'astreinte selon l'organisation définie, la liste actualisée des médecins de garde et médecins libéraux.
17	Le document communiqué à la mission ne correspond pas à un véritable plan de formation. Rien n'indique que les formations inscrites au planning 2021 ont été effectivement réalisées.	Un plan de formation est établi annuellement puis les salariés sont invités à participer aux formations. CF feuilles emmargement participants formations.	Au-delà des feuilles d'emmargement communiquées, le constat de la mission reste d'actualité sur le plan de formation (prévisionnel 2022 et réalisé) : absence de mention du nombre et de la qualification des agents concernés, d'indication sur le coût et les modalités de financement. Ce document reste à établir et à communiquer s'agissant du plan de formation 2022.
18	L'absence d'évaluation annuelle systématique des agents ne permet pas une remise en question régulière de leurs pratiques professionnelles et de leur perfectionnement (Recommandation de l'ANESM relative aux missions du responsable d'établissement et au rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance - Décembre 2008).	100% des salariés seront évalués sur 2022. Compte tenu des congés les évaluations débuteront au mois de mai. Échéance prévue : 31/12/2022.	Il est pris acte de cet engagement dont l'établissement rendra compte de la mise en œuvre à l'échéance prévue (31/12/2022).
19	Les réunions entre la direction et les équipes ne sont pas assez fréquentes, ce qui est contraire à la recommandation de l'ANESM (Synthèse sur la Bientraitance Janvier 2012 « Instaurer des moments d'échange réguliers »). Les échanges interprofessionnels ne sont pas suffisamment consolidés (implication des différents participants concernés, contenu, formalisation).	Au delà des temps informels, 2 réunions collectives sont prévues par an.	Il est pris acte de cet engagement de deux réunions annuelles du personnel, ce qui n'exclut pas la tenue d'autres temps d'échanges pluri-professionnels au sein de la structure (ex. entre les personnels de cuisine et ceux qui servent les repas, échanges de l'IDEC avec l'équipe de nuit...).
20	Il n'y a pas de dispositif d'analyse des pratiques professionnelles (recommandation HAS-ANESM)	Une procédure d'analyses de pratiques a été formalisée avec des outils, des grilles. Un calendrier des Evaluations des pratiques Flash va être mis en place avec le CODIR.	Il est pris acte de cette démarche à venir, L'établissement devra préciser comment est envisagée cette évaluation (évaluateur interne et lequel / organisme extérieur).
21	En l'absence de groupe électrogène, l'établissement ne garantit pas la sécurité des résidents en cas de défaillance d'énergie.	La direction s'engage à installer le groupe électrogène d'ici le 31/08/2022. Un prestataire a été sélectionné, il manque encore l'accord des propriétaires afin de valider.	Il est pris acte de cet engagement dont l'établissement rendra compte de la mise en œuvre à l'échéance prévue (31/08/2022).
22	Le non-respect de la marche en avant pour la gestion du linge peut avoir des conséquences en termes d'hygiène et de risque infectieux pour les résidents.	Suite à cette remarque, la direction a étudié les différentes solutions pour permettre la marche en avant. Une solution a été trouvée mais nécessite plusieurs travaux. Échéance : 31/08/2022.	Il est pris acte de cet engagement dont l'établissement rendra compte de la mise en œuvre à l'échéance prévue (31/08/2022).
23	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'admission formalisée.	Un protocole a été mis en place.	Le document présenté est intéressant mais se présente davantage comme une check-list et une aide aux professionnels pour identifier les différentes tâches à mener lors de l'arrivée d'un résident. Il ne s'agit pas d'une véritable procédure d'admission dans toutes ses composantes. Il ne permet pas notamment d'identifier la phase de pré-admission (avis par le médecin coordonnateur sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution, visite de l'établissement...), la phase d'admission (modalités de recueil du consentement, positionnement du référent...), la phase de post-admission (évaluations du résident, élaboration du projet personnalisé, recueil des directives anticipées...). La formalisation d'une procédure d'admission complète reste à réaliser.

24	L'examen des dossiers consultés ne permet pas de garantir que tous les résidents ont un référent désigné, ce qui peut leur être préjudiciable pour la mise en œuvre de leur projet d'accueil personnalisé et est contraire aux recommandations de bonne pratique de la HAS/ANESM.	Nous allons rajouter les PAP déjà réalisés dans les dossiers administratifs. La liste des salariés référent est à disposition en pharmacie. Échéance 01/10/2022.	Il est pris acte de la mise à jour des dossiers des résidents et de la désignation des référents. Ceux-ci devront être associés lors de l'admission, l'élaboration et la mise à jour du PAP.
25	Au vu des horaires des premiers repas (17h30) et couchers (18h00), l'organisation du travail ne fait pas l'objet d'une réflexion afin de l'adapter au rythme de vie des résidents (recommandation HAS/ANESM Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement).	Nous sommes d'accord avec cette remarque. C'est un gros sujet qui demande un travail collégial sur les plannings et les effectifs pour permettre une meilleure organisation. Échéance 01/07/2022.	Il est pris acte de cet engagement dont l'établissement rendra compte des modalités de mise en œuvre à l'échéance prévue (01/07/2022).
26	Certains entretiens ont fait état d'un stock limité de protections.	Les protections ne sont pas limitées, les plans de distribution sont revus autant que nécessaire. Un rappel a été fait aux équipes signalant que les protections doivent être changées autant que nécessaire. Il ne nous a jamais été remonté d'information sur d'éventuelles carences de protection. Une formation protection est prévue par notre prestataire le 04 et 05 mai.	L'annexe 30 ne comporte pas le plan de distribution actualisé indiqué (le tableau porte sur les contentions). Il est néanmoins pris acte de l'engagement du gestionnaire sur ce point (sensibilisation du personnel et mise à disposition de protections adaptées aux besoins des résidents). Le protocole portant sur les changes des résidents est à transmettre.
27	Plusieurs entretiens ont fait état de portions alimentaires « comptées » limitant les extras demandés par les résidents.	Nous faisons le maximum pour satisfaire nos résidents. La mise en place de la commission restauration permettra d'améliorer les "extras" demandés par les résidents. Il n'y a pas de restriction, certains résidents ont peut-être des portions adaptées mais c'est à leurs demandes. Les résidents peuvent être resservis à leur demande.	L'établissement devra communiquer la composition de la commission restauration, ainsi que les comptes-rendus de ses réunions au conseil départemental.
28	Il n'est pas mis en place de commission restauration au sein de l'établissement, permettant notamment de recueillir l'avis des résidents et des familles.	Nous allons relancer cette instance au sein de l'établissement. La 1ère aura lieu le 04/05/2022. L'invitation sera envoyée après le CVS du 28/04. A ce jour, 10 résidents sont inscrits.	Il est pris acte de cet engagement dont l'établissement rendra compte de la mise en œuvre à l'échéance prévue (01/05/2022). Le fonctionnement de cette commission s'inscrit dans la durée.
29	L'établissement ne dispose pas d'animateur, ni de projet d'animation. Les animations effectuées par le personnel sont très limitées. L'absence d'animation est préjudiciable pour les résidents.	Nous regrettons cette situation et avons d'ores et déjà entamé des démarches de recrutement qui seront finalisées par une embauche prévue le 11 avril.	Le contrat d'embauche de l'animateur devra être communiqué aux autorités de contrôle en avril.
30	L'actualisation et la sensibilisation du personnel aux protocoles vis-à-vis des risques médicaux est à poursuivre.	Les protocoles seront revus par la nouvelle direction puis seront présentés aux personnels avec feuille d'émargement. Échéance 31/12/2022.	S'agissant de protocoles sur les conduites à tenir vis-à-vis des risques médicaux, l'actualisation par le directeur n'est pas satisfaisante. La mesure reste d'actualité et nécessite la compétence d'un médecin.
31	Au vu du tableau des résidents sous contention affiché à l'infirmier, celles-ci sont revues tous les 2 à 3 mois et non mensuellement.	Nous prenons note de votre remarque et vous informons que ces tableaux seront remis à jour mensuellement. Ce qui vient d'être fait pour mais.	Le tableau présenté mentionne la durée de validité et la date de fin de la prescription (beaucoup sur 3 mois), il ne fait pas apparaître la traçabilité de la vérification mensuelle. La réévaluation mensuelle des contentions doit être tracée.
32	La prise en charge palliative est à améliorer (mise à jour du protocole, formalisation d'une convention avec l'EMSP, formation du personnel).	Nous avons une convention avec l'EMSP depuis 2021. De plus, une formation éthique et bientraitance est prévue au plan de formation 2022. Échéance 01/07/2022.	Il est bien noté l'existence d'une convention avec l'EMSP datant de mai 2021. S'agissant de la formation prévue en 2022 "Comprendre la bientraitance par la pratique de la simulation d'une personne âgée", l'intitulé ne permet pas d'assurer d'une formation adaptée à la prise en charge palliative. Comme indiqué supra aucune information n'est mentionnée sur le nombre et la qualification des agents bénéficiaires de la formation. La mesure reste d'actualité s'agissant de la formation et de la mise à jour du protocole.
33	Il n'existe pas de lien avec le Comité de Lutte contre la Douleur.	Nous prenons acte de votre remarque et avons déjà pris contact avec : Échéance 01/05/2022.	Il est pris acte de cet engagement dont l'établissement rendra compte de la mise en œuvre à l'échéance prévue (01/05/2022).