

La Directrice générale

Réf. : 275610-PMIEC

████████████████████  
Directrice du CHPA  
EHPAD DE L'HOPITAL DE LA VOULTE  
HOPITAL DE LA VOULTE  
R RIVOLY  
07800 LA VOULTE SUR RHONE

Lyon, le **29 MARS 2024**

AR 1A185 714 5131 3

Objet : Notification de décision suite à inspection par les services de l'Agence Régionale de Santé

PJ : Mesures correctives définitives

Madame,

Une inspection diligentée à mon initiative au titre des articles 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 Rivoly rattaché au CH Privas Ardèche du 17 au 19 octobre 2023 au titre du programme régional d'inspection et de contrôle (PRIEC) 2023 relative à l'orientation nationale d'inspection et de contrôle portant sur le plan EHPAD 2022-2024.

Sur la base du rapport établi par la mission, je vous ai fait parvenir par courrier du 10 janvier 2024 les mesures correctives que j'envisageais de prononcer afin de remédier aux non conformités et dysfonctionnements constatés.

Vous m'avez transmis votre réponse en retour par courrier du 21 février 2024.

Je prends bonne note de l'ensemble de vos observations formulés suite aux constats de la mission.

Je prends acte des engagements formulés dans le cadre de la procédure contradictoire et de votre initiative de produire un diagramme de gant portant sur la mise en œuvre des recommandations. Toutefois, celui-ci apparaît incomplet au regard de l'absence des prescriptions.

Même si l'établissement a répondu à chaque écart et à chaque recommandation, la majorité des mesures correctives ont été maintenues car aucune n'a été accompagnée d'élément probant.

Au terme de la procédure contradictoire et après examen approfondi de votre réponse, j'ai l'honneur de vous notifier ma décision définitive, dont vous trouverez le détail dans le tableau figurant en annexe.

Vous veillerez à mettre en œuvre l'ensemble des mesures correctives dans les délais prescrits qui courent à réception de la présente décision et vous attacherez en particulier à garantir l'individualisation des accompagnements, la sécurité et la continuité des prises en charge des résidents en s'assurant que tous sont levés chaque matin dès lors que cela est possible du fait de la santé des résidents.

En outre, je vous invite vivement à présenter les conclusions de ce rapport ainsi que les mesures notifiées au prochain conseil de la vie sociale de l'établissement et au conseil de surveillance du CHPA.

Courrier : CS 93383 - 69418 Lyon cedex 03  
04 72 34 74 00 – [www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr](http://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr)





Le suivi de la mise en œuvre des mesures correctives sera effectué par la délégation départementale de l'Ardèche, service personnes âgées.

Vous veillerez à lui transmettre :

- D'ici un mois, votre plan d'action détaillé en réponse aux mesures prononcées,
- L'ensemble des éléments probants nécessaires à l'issue des différents délais.

La présente décision est susceptible de recours devant le tribunal administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa réception. Cette saisine du tribunal administratif peut se faire par la voie de l'application « Télérecours citoyen » sur le site [www.telerecours.fr](http://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, Madame la Directrice, l'expression de ma considération distinguée.



Copie : CD07



## 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 DES MESURES CORRECTIVES
1	<p>Conformément aux alinéas 1 et 3 de l'article L311-3 du CASF, garantir l'individualisation des accompagnements, la sécurité et la continuité des prises en charge des résidents accueillis ainsi que l'exercice de leurs droits et pour ce faire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- S'assurer que tous les résidents sont levés chaque matin sauf en cas de gestion de pandémie ou de besoin exprimé par le résident.</li> <li>- Mettre un terme à la défaillance technique du réseau informatique et doter les professionnels de matériels connectés permettant de tracer les actes</li> <li>- Mettre en œuvre tous les moyens nécessaires pour que le dispositif d'appel malade fonctionne</li> <li>- Sécuriser au sein des unités l'accès aux escaliers via les terrasses</li> <li>- Promouvoir l'expression du résident par la recherche de son consentement.</li> <li>- Faciliter l'expression en CVS des familles et des résidents sur le rythme de vie et les</li> </ul>	<p>Ecart Majeur1 R21</p> <p>Ecart Majeur3</p> <p>Ecart Majeur2</p> <p>E10</p> <p>E 11</p> <p>R10</p>	3 MOIS	<p>« A ce jour, nous avons installé 72 rails au plafond dans 3 unités, permettant une meilleure organisation des levées surtout en période de procédure dégradée lié à l'absentéisme. Concernant la procédure dégradée, il s'agit d'une procédure quand il manque un aide-soignant dans le service. (cf document inspection) Le taux d'absentéisme en 2023 représente :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 15% AS (dont 30% de longue maladie)</li> <li>- 20%ASH (dont 55,75% de CLD)</li> <li>- 2% IDE</li> </ul> <p>En 2023, nous avons 3 postes vacants d'aide soignants et un poste vacant d'IDE. Aucun poste d'ASH n'est à pourvoir. »</p> <p>L'établissement n'apporte pas d'éléments nouveaux permettant d'attester du lever de tous les résidents chaque matin. La structure rappelle que la procédure dégradée est appliquée lorsqu'il manque un AS. Or 3 postes étaient vacants en 2023. (Maintien des mesures liées aux EM1 et R21)</p> <p>« L'intervention de [REDACTED] en tant qu'ancien Mainteneur jusqu'au 31 mars 2023, a inclus un audit de la couverture Wifi à [REDACTED] le 24 octobre 2022. Ces interventions ont pu supprimer les « zones blanches » WIFI dans les unités permettant une traçabilité en temps réel. Une réflexion est en cours concernant le changement de DPI ([REDACTED] 2026 lié au GHT). Nous serons vigilants aux appels à projet pour équiper de tablettes numériques afin de permettre de mieux tracer les actes de nursing et technique. Une sensibilisation aux transmissions ciblées est organisée en interne fin mars 2024 aux agents de la résidence. Nous avons également ajouté des téléphones supplémentaires par service dans le but spécifique d'avoir un appel malade opérationnel. Cette initiative comprend le remplacement des téléphones pour</p>





<p>prises en charge</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Expliciter aux résidents l'installation et l'utilisation du dispositif de vidéo surveillance</li> </ul>	<p>R5</p>	<p>assurer le bon fonctionnement de l'appel malade. Nous prévoyons également de tenir une réunion avec les services techniques ainsi qu'avec l'équipe informatique pour faire le point sur cette mise en place. En février 2023, un technicien de [REDACTED] a installé 8 nouveaux téléphones DECT WiFi ASCOM i63, effectué des mises à jour sur [REDACTED] et la console [REDACTED], ainsi qu'une mise à jour de [REDACTED]. Une autre intervention de [REDACTED] a eu lieu le 21 novembre 2023, visant à mettre en service 5 postes DECT WiFi. Depuis le 01/01/24, la maintenance de la partie téléphonie et [REDACTED] a été reprise par [REDACTED]. La réinstallation de la console d'administration à distance [REDACTED] a eu lieu le 31 janvier 2024.</p> <p>Une mise à jour de [REDACTED] pour la centralisation des configurations sur le site du CH Privas Ardèche est planifiée pour le 29 avril 2024.</p> <p>Un technicien [REDACTED] est intervenu le 29 janvier 2024 pour mettre en service 10 nouveaux DECT WiFi en remplacement des défectueux.</p> <p>De plus, le renouvellement de 10 téléphones fixes est prévu avec une date cible de fin de déploiement le 31 mars.</p> <p>En 2023, 9 PC fixes ont été renouvelés en raison de leur obsolescence. En ce qui concerne GLPI, sur les 786 tickets ouverts, 773 ont été résolus. Les projets prévus en 2024 incluent l'amélioration de la couverture 4G de Rivoly pour le réseau [REDACTED] avec une date cible de déploiement le 29 février. La remise à niveau de la solution WiFi de tous les bâtiments est prévue avec une date cible de fin de déploiement le 31 juillet 2024. Le renouvellement de 15 PC fixes est également prévu avec une date cible de fin de déploiement le 31 mai 2024. A ce jour, le réseau informatique est renouvelé. »</p> <p>L'établissement met en avant les différentes actions qui ont été mises en place depuis l'inspection sur site concernant les dysfonctionnements des appels malades et des défaillances informatiques. Une visite sera nécessaire pour apprécier les améliorations apportées. (Maintien des mesures liées aux EM2 ET EM3)</p>
--	-----------	---



« Dans le cadre du Plan de Sécurisation de l'Établissement (PSE), une mesure déjà prévue consistait à fermer les terrasses des soignants afin de limiter les intrusions potentielles. De plus, il était envisagé d'équiper ces terrasses d'alarmes sonores pour renforcer la sécurité. Cette décision a été prise dans le souci de garantir un environnement sécurisé pour les agents et résidents. Pour plus de détails et pour suivre l'évolution de cette mesure, je vous invite à consulter le compte-rendu de la réunion sécurité. »

Concernant la sécurisation des unités l'accès aux escaliers via les terrasses, l'établissement n'apporte pas d'éléments objectifs concernant la mise en œuvre de cette sécurisation. En octobre 2023, lors de l'inspection, les lieux n'étaient pas sécurisés. Il est attendu que l'établissement apporte toutes pièces nécessaires pour apprécier de la réalisation des travaux permettant la sécurisation des escaliers via les terrasses des unités. (Maintenance des mesures liées à l'E10)

« Il est important de souligner que le consentement est obtenu lors du processus d'admission, à la fois par l'agent administratif ou l'infirmière référente admission lors de l'entretien individuel proposé à la signature du contrat de séjour. Cependant, afin de renforcer cette pratique et de garantir une meilleure traçabilité, nous avons décidé d'ajouter une partie sur le consentement dans le contrat de séjour. Cette mesure vise à formaliser davantage le processus de consentement et à s'assurer que les droits des patients sont pleinement respectés. Pour ce faire, nous avons mis à jour la procédure d'admission incluant le consentement, et nous avons également intégré cette information dans les documents d'admission existants. Ce processus permettra d'assurer une approche plus transparente et conforme aux normes éthiques et légales en vigueur. »

Ces documents cités prouvant de la recherche du consentement sont à produire afin de vérifier de la mise en œuvre de l'article L311-4 CASF. (Maintenance de la mesure / E10)



« Lors des prochains Conseils de Vie Sociale (CVS), nous avons décidé d'élargir l'ordre du jour pour inclure des points systématiques sur la qualité des services, similaires à ceux abordés pour l'animation, la cuisine, le linge, etc. Cette décision vise à garantir une approche holistique de la qualité de vie des résidents en incluant tous les aspects de leur quotidien. En échangeant sur ces sujets fondamentaux, nous pourrions mieux répondre aux besoins et aux attentes des résidents, tout en assurant un suivi régulier de la qualité des soins offerts. De plus, nous envisageons d'adopter un modèle de procès-verbal identique pour chaque réunion du CVS, ce qui facilitera la comparaison des discussions et des décisions prises au fil du temps. En intégrant des points thématiques spécifiques et en évoquant des aspects tels que les leviers des résidents, nous nous assurons que toutes les dimensions de leur bien-être sont prises en compte de manière proactive. Nous poursuivrons les enquêtes de satisfaction annuelles. »

Les engagements de l'établissement concernant la prise en compte des droits fondamentaux des résidents et l'encouragement des prises de parole sont pris en compte. Dans l'attente de transmission de tout élément de preuve, la mesure est maintenue.

« Il est important de clarifier qu'il s'agit de caméras factices au sein de la résidence, et non de caméras de surveillance réelles. Actuellement, un projet de sécurisation de l'établissement est en cours, incluant la mise en place de caméras de surveillance réelles. Dans ce cadre, nous prévoyons de mettre en place une communication explicative et réglementaire à destination des usagers concernant l'installation et l'utilisation du dispositif de vidéo surveillance. Cette communication permettra d'informer les résidents sur la finalité et le fonctionnement des caméras, ainsi que sur les mesures prises pour assurer leur sécurité. De plus, nous envisageons d'informer également les familles en affichant de manière réglementaire les informations relatives à ce dispositif. Cette démarche vise à garantir la transparence et le respect des droits des résidents tout en renforçant la sécurité au sein de



				<p><b>l'établissement. »</b></p> <p>Il est pris acte que la caméra actuelle est factice d'une part et du projet d'en installer une d'autre part. La recommandation reste valide concernant ce futur projet.</p> <p><b>De manière globale, la prescription 1 est maintenue dans l'attente de tout document permettant d'attester de la mise en conformité concernant les accompagnements, la sécurité et la continuité des prises en charge des résidents accueillis ainsi que l'exercice de leurs droits aux articles L311-3 Alinéa 1 et alinéa 3 du CASF.</b></p>
<p><b>2</b></p>	<p>Conformément aux articles R311-5 et suivants du CASF, se mettre en conformité concernant la composition du CVS ainsi que la mise en œuvre de ses prérogatives :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revoir la composition du CVS et rédiger une décision l'instituant</li> <li>- Procéder à la rédaction d'un nouveau règlement intérieur du CVS à la suite des prochaines élections et le transmettre</li> <li>- Organiser la réunion d'au moins 3 CVS par an</li> <li>- Associer le CVS dans la mise en œuvre de la procédure sur les réclamations</li> </ul>	<p>E2 E3 E4</p> <p>E5</p> <p>E6</p> <p>E7</p>	<p>3 MOIS</p>	<p>« Des élections ont été organisées en décembre, ce qui a entraîné des changements dans la composition du CVS. Parallèlement, nous avons mis en place un nouveau règlement intérieur pour le CVS afin de garantir son bon fonctionnement et sa conformité aux normes en vigueur. Dans le cadre de cette réorganisation, nous avons également revu les points examinés lors des réunions du CVS. Nous avons décidé d'introduire des points récurrents, notamment un point sur la qualité des soins, incluant la gestion des événements indésirables, des plaintes et des réclamations. Cela nous permettra de traiter de manière régulière et systématique les questions liées à la qualité des services et d'assurer une meilleure prise en compte des besoins et des préoccupations des résidents.</p> <p>Par ailleurs, est respecté l'obligation d'organiser au moins trois réunions du CVS par an, conformément aux textes en vigueur. Cette fréquence nous permet d'assurer un suivi régulier des questions liées à la vie sociale et à la qualité des prestations au sein de notre établissement, tout en offrant aux résidents l'opportunité de participer activement à la prise de décision et à l'amélioration continue de leur cadre de vie.</p> <p>La mise à jour de la procédure liée aux réclamations du CHPA intégrera dorénavant le rôle du CVS et des personnes qualifiées. »</p> <p>Vos engagements et les actions conduites sont à souligner.  <b>Cependant, en l'absence de transmission de la décision du CVS</b></p>





<p>instituant sa nouvelle composition, du nouveau règlement de fonctionnement ainsi que des 3 PV de 2023 et de ceux programmés en 2024, <u>la prescription 2 est maintenue dans sa totalité.</u></p>			
<p>« Lors du jour de l'inspection, il est important de noter que nous avons une Agent de Service Hospitalier (ASH) en doublage car elle était nouvelle, ainsi qu'une autre en projet de Validation des Acquis de l'Expérience (VAE) pour devenir aide-soignante. A ce jour, nous comptons cinq Agents de Service Hospitalier (ASH) en projet de VAE ou en projet de formation dans une école d'aide-soignante. Dans le souci de limiter le recours aux ASH faisant fonction d'Aide-Soignant à l'unité "Les Potagers", nous veillons à ce que chaque unité de vie dispose d'une équipe de professionnels qualifiés tout au long de la journée. Cette mesure vise à garantir un encadrement adéquat et une qualité de prise en charge optimale pour nos résidents. Nous nous engageons à poursuivre nos efforts pour maintenir un niveau élevé de qualification du personnel et assurer leur adéquation avec les besoins des résidents. A ce jour, nous avons équilibré le nombre de faisant fonction dans l'ensemble des services. »</p>	<p>E8</p> <p>3 MOIS</p>	<p>Veiller à doter, toutes les unités de vie, sur l'ensemble de la journée, d'une équipe de professionnels qualifiée conformément à l'article L312-1-II du CASF en limitant le recours des ASH faisant fonction d'AS à l'unité les Potagers.</p>	<p>3</p>
<p>Il est pris bonne note de l'engagement de l'établissement de doter chaque unité de vie d'une équipe pluridisciplinaire qualifiée. Cependant aucun élément de preuve n'est apporté. <u>La prescription 3 est donc maintenue.</u></p>	<p>E9</p> <p>IMMEDIAT</p>	<p>Conformément à l'article L133-6 du CASF, mettre en place un suivi régulier des compatibilités du personnel à exercer.</p>	<p>4</p>
<p>« Une procédure est terminée pour renforcer la vérification des casiers judiciaires du personnel. Conformément à L133-6 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), nous nous engageons à mettre en place un suivi régulier des compatibilités du personnel à exercer. A ce jour, les casiers judiciaires sont vérifiés à plusieurs étapes clés, notamment à l'entrée de chaque agent, lors de la période de stagiairisation et lors de la titularisation. Cependant, dans un souci de garantir la sécurité et le bien-être des résidents, nous avons récemment mis en place une procédure de contrôle aléatoire au cours</p>			



			<p>de l'année, gérée par les services des ressources humaines.</p> <p>Cette démarche vise à renforcer notre vigilance et à nous assurer que le personnel est en tout temps en adéquation avec les exigences légales et éthiques liées à l'exercice de ses fonctions. Nous sommes déterminés à maintenir un haut niveau de professionnalisme et de sécurité au sein de notre établissement. »</p> <p>Les différentes actions conduites par la structure visent à suivre régulièrement le casier judiciaire du personnel. Afin d'en vérifier son application permettant de lever cette prescription, il est attendu la transmission de la procédure de contrôle et le résultat du contrôle conduit récemment. Dans l'attente, <u>la prescription 4 est maintenue.</u></p>
5	E14	3 MOIS	<p>Conformément aux articles L314-12 et R313-30-1 du CASF, nous avons procédé à la mise en place des contrats d'exercice libéral ou de vacation pour les professionnels libéraux ou vacataires de santé intervenant au sein de l'EHPAD Rivoly. Ces contrats fixent les modalités de leurs interventions dans notre établissement. En PJ, le modèle envoyé aux libéraux pour signature."</p> <p>Contrairement à ce qui est indiqué dans le courrier en réponse, aucun modèle n'a été transmis. Dans l'attente de la transmission des contrats d'exercices libéraux et/ou de salariat concernant les professionnels de santé, y compris les médecins vacataires, <u>la prescription 5 est maintenue.</u></p>
6	E1	9 MOIS	<p>"Nous avons pris la décision de procéder à l'approbation du règlement de fonctionnement de l'EHPAD après consultation des instances du CHPA.</p> <p>L'approbation du règlement de fonctionnement après consultation des instances du personnel permettra de s'assurer que les voix et les besoins de l'ensemble des parties prenantes sont pris en compte dans l'élaboration des directives et des procédures de notre établissement.</p> <p>Nous prévoyons d'ajouter ce point à l'ordre du jour des prochaines</p>



				<p>instances afin de permettre une validation formelle du règlement de fonctionnement. Nous restons ouverts à toute suggestion ou commentaire de la part des membres du personnel afin de garantir que le règlement de fonctionnement reflète au mieux les valeurs et les pratiques de notre établissement.”</p> <p>Il est noté l’engagement de l’établissement à procéder à l’approbation du règlement de fonctionnement. Dans l’attente de la transmission de la délibération du conseil de surveillance portant approbation du règlement de fonctionnement de l’EHPAD Rivoly après consultation des instances du personnel, <u>la prescription 6 est maintenue.</u></p>
7	<p>Stocker les bouteilles d’oxygène dans une unité conformément à l’arrêté du 16 juillet 2015 relatif aux bonnes pratiques de dispensation à domicile de l’oxygène à usage médical.</p>	E15	IMMEDIAT	<p>“La bouteille d’oxygène vide, observée dans la salle de soins des Vergers, a été reprise par la société [REDACTED] le jeudi 25 janvier 2024. Nous restons vigilants quant au respect de ces pratiques et nous engageons à maintenir des normes élevées en matière de sécurité et de qualité des soins au sein de notre établissement.”</p> <p>Il est pris en compte que cette bouteille d’oxygène stockée dans une unité était vide.</p> <p>Afin de lever la prescription 7, il est attendu la transmission de tout document attestant du passage de la société [REDACTED] visant au retrait de la bouteille d’oxygène vide. Dans l’attente, <u>la prescription 7 est maintenue.</u></p>



N°	RECOMMANDATIONS	Cf. remarque(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION DES MESURES CORRECTIVES
	Je vous recommande de :			
1	Procéder, avant la finalisation de la rédaction du projet médico-social, à la définition d'une politique sur la prévention de la maltraitance et à l'identification d'un projet spécifique à l'UVP	R4 R11 R42	6 MOIS	<p>« Nous avons décidé d'enclencher la définition d'une politique sur la prévention de la maltraitance, en accord avec les recommandations de l'article mentionné. Cette initiative vise à garantir un environnement sécurisé et bienveillant pour nos résidents. Pour ce faire, nous avons complété la politique de prévention de la maltraitance du CHPA (Centre Hospitalier Privas Ardèche) afin de l'adapter spécifiquement au secteur médico-social.</p> <p>Ce travail est mené en étroite collaboration avec le service qualité et dans le cadre du projet médico-social.</p> <p>Par ailleurs, nous prévoyons de développer un projet spécifique pour chaque unité de vie. Ce projet sera élaboré en tenant compte des spécificités de chaque service, notamment l'unité Potager, l'unité Collines, ainsi que les trois autres services (Vergers, Senteurs, Bosquets). Ces projets vous seront adressés dès finalisation. »</p> <p><b>Il est pris bonne note de l'engagement de définir une politique de prévention de la maltraitance pour l'EHPAD Rivoly construite avec l'appui du service qualité, et de sa transmission dès finalisation. Dans l'attente, la recommandation 1 est maintenue.</b></p>
2	Adapter les outils de la politique qualité à l'EHPAD Rivoly avec des procédures spécifiques et en s'attachant à accompagner les agents et la direction dans la gestion complète des EI/EIG et des réclamations	R13, R14,  R12  R15 R16	9 MOIS	<p>« Pour adapter les outils de la politique qualité à l'EHPAD Rivoly, nous avons défini plusieurs mesures spécifiques et nous nous sommes engagés à accompagner les agents dans la gestion complète des événements indésirables (EI/EIG) et des réclamations.</p> <p>1. Fiche mission référent qualité au sein de Rivoly : Les cadres de santé ont été désignés comme référents qualité au sein de l'établissement (cf fiche de poste). Ils ont pour mission de veiller à la mise en œuvre des pratiques et procédures qualité au sein de leur unité. La fiche de mission référent qualité est transmise aux cadres de</p>





<p>santé lors de l'embauche. Les cadres ont régulièrement un point qualité lors de la réunion des cadres de santé. Ils participent également à la mise en œuvre de la politique qualité sur le terrain en assurant le suivi et le traitement des EI, plaintes et réclamations en organisant des CREX.</p>	<p>2. Déclaration des EI : Une sensibilisation des agents est prévue en mars 2024 dans le cadre de la préparation à l'évaluation de l'EHPAD. Cette sensibilisation sera couplée à une formation sur les transmissions ciblées et la lutte contre la maltraitance.</p> <p>3 Adaptation des procédures : Nous nous engageons à adapter les termes utilisés dans nos documents et procédures pour mieux refléter la réalité du secteur médico-social. Nous veillerons à utiliser le terme "résident" pour désigner les personnes accueillies à l'EHPAD. Nous sommes conscients que certaines procédures sont très sanitaires et qu'elles nécessitent une adaptation au contexte médico-social de notre établissement. Une attention particulière sera portée à cette adaptation pour garantir la pertinence et l'efficacité de nos pratiques. En mettant en œuvre ces mesures, nous sommes convaincus de pouvoir améliorer la qualité des soins et services offerts à nos résidents et de renforcer notre engagement envers une démarche d'amélioration continue de la qualité.</p> <p>La famille a été immédiatement informée par l'infirmière référente admission du refus. Au retour de congé du directeur, un rappel sur la prise en charge financière des molécules onéreuses au titre des CNR a été fait à l'IDE et au médecin coordonnateur. Il a été demandé de rappeler la famille pour l'informer de l'accord à l'entrée de cette résidente. Lors de l'appel, nous apprenons le décès de la résidente. »</p> <p><b>Les trois niveaux de réponse permettant l'adaptation des outils de la politique qualité de l'EHPAD Rivoly sont pris en compte. Il appartiendra désormais à l'établissement de transmettre tout document permettant de l'attester. Dans l'attente, la recommandation 2 est maintenue.</b></p>
---	--



3	<p>Suivre l'évolution du GMP et réfléchir à harmoniser davantage les unités au regard de la dépendance des résidents.</p>	<p>R1 R2</p>	<p>IMMEDIAT</p>	<p>« Une coupe GIR/PATHOS est à prévoir en fin d'année 2024 afin de préparer le nouveau CPOM. Depuis l'inspection, 2 coupes GIR sont programmées par l'IDE référente admission. La création de l'UVP non labellisée et nécessitant des RH supplémentaires a entraîné une répartition de la masse salariale entre l'UVP et l'unité « Les collines » afin de garantir la qualité/sécurité des soins. De plus, le service des collines permet de répondre à une demande croissante de profils de résidents à situation particulière (Personne handicapée vieillissante, profil trouble psychiatrique), nécessitant moins de soins de nursing et plus d'accompagnement socio-éducatif. Le GMP de ce service représente le profil atypique de ces résidents, peu dépendant physiquement. Cette organisation nous permet de proposer des postes adaptés à des agents (aides-soignants) ayant de nombreux TMS et restrictions. »</p> <p>Il est acté du choix fait par l'établissement de conserver une unité dont le GMP est très faible et entendu que deux coupes GMP ont été réalisées, le résultat du dernier GMP évalué en interne devra être transmis afin de lever la recommandation 3. Dans l'attente, <u>la recommandation 3 est maintenue.</u></p>
4	<p>Revoir le remplissage des documents budgétaire avec une plus grande rigueur et de manière sincère et réelle et en particulier concernant les effectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reprendre la complétude de l'annexe sur les effectifs</li> <li>- Respecter l'imputation des différentes sections</li> </ul> <p>Et Mettre en œuvre une comptabilité analytique comme le prévoit l'article R314-104 du CASF pour suivre les dépenses mutualisées</p>	<p>R8  R36  E12</p>	<p>3 MOIS</p>	<p>« Nous avons revu l'affectation de l'animatrice (100% hébergement), le deuxième temps d'animation est actuellement supporté par une aide-soignante en poste aménagé qui à la suite d'une expertise de janvier 2024 est inapte au poste d'AS et se verra proposer un poste d'animatrice à 100% imputé au tarif hébergement. Concernant le médecin coordinateur, nous attendons son retour afin de faire le point sur les différentes missions et responsabilités qui lui sont attribuées. Pour le temps de direction, le 1.56 correspond à l'affectation des différents directeurs. L'affectation 2023 permet de faire apparaître cette répartition. Ces mesures visent à renforcer la transparence et la fiabilité de notre gestion budgétaire, ainsi qu'à assurer une meilleure allocation des ressources pour répondre aux besoins des résidents et</p>



				<p>du personnel. »</p> <p>L'absence de précision sur la constitution des effectifs de direction et des médecins affectés à l'EHPAD Rivoly conduit à maintenir la recommandation 4.</p> <p>Il est attendu la transmission de l'annexe modifiée sur les effectifs ainsi que des explications plus étayées sur la composition des effectifs de direction et de médecins financés par le budget de l'EHPAD Rivoly.</p> <p>Dans l'attente, la recommandation 4 est maintenue.</p>
5	<p>Actualiser les projets d'accompagnement dans un délai de 12 mois suivant son élaboration conformément aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM relative aux attentes de la personne</p>	R25	3 MOIS	<p>« Je vous informe que nous avons déjà mis en œuvre la pratique consistant à actualiser les projets d'accompagnement, conformément aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM relatives aux attentes de la personne.</p> <p>Concrètement, nous avons établi que le Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP) est révisé au moins une fois par an pour chaque résident. Depuis mars 2023, nous avons adopté un format numérique en intégrant un onglet dédié dans le Dossier Patient Informatisé (DPI) [REDACTED] pour faciliter la gestion et la mise à jour des PAP.</p> <p>Cette transition vers un format numérique a été réalisée avec succès, permettant une accessibilité accrue aux informations, une mise à jour régulière des données et une meilleure cohérence dans le suivi des projets d'accompagnement personnalisés de nos résidents.</p> <p>Nous sommes engagés à maintenir cette pratique et à continuer à respecter les recommandations de bonnes pratiques professionnelles pour assurer le bien-être et la satisfaction de nos résidents.</p> <p>L'outil informatique non adapté au secteur médico-social rend l'appropriation du PAP difficile par les professionnels, néanmoins les cadres de santé accompagnent les équipes dans cette démarche avec l'animation d'un PAP hebdomadaire / service. »</p> <p>Le rapport d'inspection note bien que la démarche d'actualisation des projets d'accompagnement personnalisés est lancée. Toutefois, la recommandation porte sur le délai d'actualisation. En effet, la</p>



				<p>recommandation des bonnes pratiques professionnelles indique que l'actualisation est à conduire dans les 12 mois suivants son élaboration ce qui n'était pas le cas lors de l'inspection.</p> <p>Il est attendu la transmission d'une liste des résidents pour lesquels le PAP a été actualisé en indiquant la date d'actualisation ainsi que la date d'admission à l'EHPAD.</p> <p>Dans l'attente, <u>la recommandation 5 est maintenue.</u></p>
<p><b>6</b></p>	<p>Concernant les locaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aménager des espaces conviviaux en dehors des couloirs,</li> <li>- Utiliser la salle de kinésithérapie à cet effet</li> <li>- Mettre un terme dans les unités de vie au croisement des circuits du linge propre et linge sale.</li> </ul>	<p>R22</p> <p>R23</p> <p>R55</p>	<p>12</p> <p>MOIS</p>	<p>« Concernant les locaux, nous avons pris en compte vos suggestions et nous sommes en train de réfléchir à des solutions pour répondre aux besoins des résidents tout en respectant les contraintes pratiques.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Salle de kinésithérapie : Actuellement, la salle de kinésithérapie est éloignée des unités de vie et ne semble plus adaptée pour les résidents. Nous envisageons donc de la requalifier afin de mieux répondre aux besoins des résidents.</li> <li>- Espaces conviviaux : Malgré la présence de salles à manger, de salles d'animation et de salons dans les unités de vie, certains résidents expriment le désir de s'installer dans les couloirs, souhaitant ainsi observer le passage. Bien que des projets visant à délocaliser les activités des couloirs aient été envisagés, ils n'ont pas encore abouti, les résidents y étant réfractaires. Nous prenons en compte cette demande et étudions les possibilités pour répondre à ce besoin de lieux de passage conviviaux.</li> <li>- Gestion du linge : Pour éviter le croisement entre le linge propre et le linge sale, une procédure est déjà en place. Le linge sale est rapidement évacué à l'arrivée du livreur, et l'armoire contenant le linge propre est fermée pour éviter tout mélange. »</li> </ul> <p>Il est noté la volonté de prendre en compte la recommandation 6 en réfléchissant aux différentes faisabilités d'aménagement des espaces pour plus de convivialité. Cette réflexion devra intégrer un nouvel espace de kinésithérapie.</p> <p>Dans l'attente de la transmission de la formalisation des</p>





				<p><b>propositions d'aménagement, la recommandation 6 est maintenue concernant ces deux points.</b></p>
<p>7</p>	<p>Revoir l'évaluation de la charge en soins via le PMP et définir au mieux les besoins en matières de prestations de soins et d'accompagnement et notamment</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmenter le temps du psychologue et recruter un kinésithérapeute</li> <li>- S'assurer de la réalisation effective des missions du médecin coordonnateur y compris lors de ses absences</li> <li>- Mettre un terme aux glissements de tâches des ASH vers les AS</li> <li>- Rédiger des fiches de postes nominatives des AS/IDE où apparaîent les fonctions de référent qualité</li> </ul>	<p>R3 R26 R39 R41 R40 R19 R38 R12 R17 R18</p>	<p>6 MOIS</p>	<p>« Coupe PATHOS à prévoir pour la fin d'année avec le CPOM Notre CPOM 2018 autorise 0.4ETP psychologue et 0.5 kinésithérapeute. A ce jour, nous avons 0.5 ETP psychologue, 0.4ETP ergothérapeute et 0.4 ETP APA. A cela, se rajoute l'intervention d'une kinésithérapeute libérale 2 fois par semaine. Une collaboration de la conférence des financeurs avec [REDACTED] est en cours à hauteur de 0.2ETP APA afin de compenser les besoins en activités physiques de nos usagers. Concernant la réalisation effective des missions du médecin coordonnateur, il est en arrêt maladie et ce depuis plusieurs mois, ce qui a impacté la réalisation de ses missions. Nous travaillons sur des solutions alternatives pour assurer la continuité des tâches relevant de sa responsabilité pendant son absence. Concernant la mise un terme aux glissements de tâches des AS vers les ASH : après analyse, il est apparu que ces glissements de tâches sont conformes au décret de compétence des aides-soignants. Ils consistent en la réalisation des activités relevant de leur rôle propre, et ne représentent pas des tâches déléguées à tort. Le référent qualité est dans la fiche de poste cadre de santé. Les fiches de mission en annexe. (EOH, linge, hygiène, CLAN, CLUD,...) Une procédure d'accueil des nouveaux arrivants est en cours de rédaction et intégrera la signature de la fiche de tâche et fiche de poste de l'agent. »</p> <p>S'agissant de la l'augmentation du temps de psychologue et du recrutement du kinésithérapeute, la réponse de la structure est insuffisante et ne permet pas d'améliorer les prestations de soins et d'accompagnement. En effet, au regard du nombre de résidents accueillis, les effectifs respectifs de 0,4 ETP de psychologue et de deux vacations par semaine de kinésithérapeute ne permettent pas de répondre aux besoins de 182 résidents.</p>



				<p>Concernant l'absence de réalisation des missions du médecin coordonnateur, il est noté qu'une réflexion est en cours pour pallier à ces manquements. Il est attendu de la structure la transmission des « solutions alternatives ».</p> <p>S'agissant des glissements de tâches, la réponse de l'établissement met à jour une incompréhension. Le rapport d'inspection met en avant un glissement de tâches des ASH vers les AS, grevant ainsi le temps de travail des AS de tâches incombant aux ASH. Ce glissement de tâche peut expliquer une partie de la charge de travail des AS. Dans ce cadre, il apparaît nécessaire de pourvoir chaque poste ASH manquant et de questionner l'organisation d'une journée type du résident. Cela permettra également d'assurer un lever quotidien de tous les résidents.</p> <p>S'agissant des recommandations concernant l'appropriation de la notion de référent « qualité » par les agents, la réponse de l'établissement mentionne seulement l'intégration de cette référence dans la fiche de poste des cadres de santé. Or il était demandé de le faire pour les AS et les IDE. Mais aucun document n'a été transmis venant justifier de cette réalisation.</p> <p><u>De manière globale, la recommandation 7 est maintenue.</u></p>
<p><b>8</b></p>	<p>Formaliser les différents échanges afin de suivre les décisions prises et projets de manière plus rigoureuse concernant notamment les réunions des cadres de l'EHPAD et les "temps café"</p>	<p>R9 R24</p>	<p>IMMEDIAT</p>	<p>« Réunions des cadres de l'EHPAD : Les réunions des cadres se déroulent au sein du Centre Hospitalier Privas Ardèche, et des comptes rendus sont systématiquement formalisés à l'issue de chaque réunion. Ces comptes rendus incluent un récapitulatif des sujets abordés, des décisions prises et des actions à mettre en œuvre. Ils sont ensuite diffusés à l'ensemble des participants pour assurer une bonne compréhension et un suivi adéquat. Une réunion de l'encadrement du pôle médico-social est organisée une fois par mois et aborde les projets en cours, suivi des effectifs, informations institutionnelles. Un Cr est</p>



				<p>fait à chaque réunion.</p> <p>"Temps café" de la psychologue : Les rencontres formelles organisées par la psychologue, connues sous le nom de "Café-famille", sont également formalisées pour garantir un suivi efficace. Ces moments d'échange sont systématiquement inscrits dans le DPI [REDACTED], assurant ainsi une visibilité de ces événements par l'ensemble des soignants. De plus, les discussions et les décisions importantes prises lors de ces rencontres sont consignées pour référence future. »</p> <p>Les éléments apportés concernant les réunions de cadres sont pris en compte. Toutefois, aucun document n'a été transmis permettant de prouver de la formalisation de ces temps de réunion. De même pour les temps café, aucune transmission de document vient attester de la formalisation de ces temps d'échange. Dans l'attente de la transmission d'éléments de preuve, <u>la recommandation 8 est maintenue.</u></p>
<p><b>9</b></p>	<p>Modifier l'organigramme de l'EHPAD et notamment</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Indiquer les services et pôles support du CHPA,</li> <li>- Positionner l'IDE référente admission en tant que telle et non plus comme IDEC</li> <li>- Indiquer les mêmes domaines d'intervention entre le directeur adjoint et la cadre de pôle</li> </ul>	<p>R37</p> <p>R7</p>	<p>IMMEDIAT</p>	<p>A la suite de votre demande, nous avons effectué des modifications à l'organigramme de l'EHPAD Rivoly afin de mieux refléter la structure et les responsabilités au sein de notre établissement. Voici les principaux changements apportés :</p> <p>Services et pôles support du CHPA : Nous avons ajouté une section dédiée pour indiquer les services et pôles support du Centre Hospitalier Privas Ardèche (CHPA), permettant ainsi une meilleure intégration et collaboration entre l'EHPAD Rivoly et les autres entités du CHPA.</p> <p>Positionnement de l'IDE référente admission : Nous avons modifié le positionnement de l'Infirmière admission pour la distinguer en tant que telle, plutôt que de la classer sous le titre d'Infirmière Coordinatrice (IDEC). Cela permet de clarifier ses fonctions et son rôle au sein de l'établissement. Son intitulé de profil. Ces modifications ont été apportées dans le but d'améliorer la lisibilité et la compréhension de la structure organisationnelle de l'EHPAD Rivoly, tout en assurant une meilleure coordination et efficacité dans la gestion de l'établissement. »</p>



				<p><b>En l'absence de transmission de l'organigramme modifié, ces points ci-dessus ne peuvent être vérifiés. Par conséquent, la recommandation 9 est maintenue.</b></p>
<p><b>10</b></p>	<p>En matière de prise en charge des soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réduire le temps du jeûne et mettre en œuvre les recommandations de la HAS 2007 concernant " la stratégie de la prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée"</li> <li>- Assurer une traçabilité rigoureuse concernant : <ul style="list-style-type: none"> <li>o le suivi de la courbe de poids, la surveillance nutritionnelle des résidents,</li> <li>o le renouvellement des prescriptions de contention afin d'assurer un suivi global des contentions</li> </ul> </li> <li>- Se doter d'un outil permettant la maîtrise de l'organisation des soins d'hygiène</li> <li>- Se doter d'un plan de change complet à l'EHPAD permettant de faire apparaître notamment les accompagnements aux toilettes</li> </ul>	<p>R22 R30</p>	<p>IMMEDIAT</p> <p>3 MOIS</p> <p>R31</p> <p>R28</p> <p>R33</p> <p>R34</p>	<p>« Concernant les initiatives prises en matière de prise en charge des soins à l'EHPAD Rivoly, voici un résumé des actions entreprises : Réduction du temps de jeûne et application des recommandations de la HAS de 2007 sur la dénutrition protéino-énergétique chez les personnes âgées : Nous avons intégré cette recommandation dans notre projet médico-social, et des groupes de travail ont été mis en place pour sa mise en œuvre. Bien que des dotations existent pour rompre le jeûne nocturne, nous avons constaté un manque de traçabilité. Pour remédier à cela, deux semaines de sensibilisation concernant les transmissions ciblées sont programmées. S'agissant de la traçabilité rigoureuse du suivi de la courbe de poids, de la surveillance nutritionnelle et du renouvellement des prescriptions de contention : Depuis le 01.02.2024, une augmentation du temps de diététicienne est actée. Passant de 0.2ETp à 0.4ETp pour favoriser le suivi régulier de la courbe de poids par l'équipe soignante. De plus, des pesons ont été investis pour faciliter la pesée des résidents lors de l'installation de rails au plafond. En PJ le compte-rendu de la réunion diététicienne.</p> <p>Un groupe de travail est également en cours pour évaluer le bénéfice-risque des contentions, impliquant les médecins traitants et les équipes soignantes. Nous allons également intervenir auprès des médecins traitants pour une évaluation régulière des prescriptions de contention et pour envisager leur suppression si nécessaire.</p> <p>S'agissant de la mise en place d'un outil pour maîtriser l'organisation des soins d'hygiène et d'un plan de change complet : Nous envisageons de programmer les soins via Maincare pour assurer une meilleure traçabilité. De plus, les douches sont actuellement planifiées sur papier, mais nous travaillons avec notre référente [REDACTED] pour intégrer cette planification dans le diagramme de soins du DPI. Le DLU</p>





	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se doter d'un nouveau logiciel de soins permettant notamment de développer les plans de soins techniques IDE et de reporter les échanges lors des relèves et de rendre disponible les DLU</li> <li>- Améliorer le report dans le dossier informatisé des patients les observations cliniques et le suivi régulier des patients</li> </ul>	<p>R43</p> <p>R45</p> <p>R48</p> <p>R44</p>	<p>existe mais n'est pas optimisé et ergonomique par [REDACTED]</p> <p>Adoption d'un nouveau logiciel de soins pour développer les plans de soins techniques et améliorer le reporting des observations cliniques : Nous avons décidé d'adopter le module gériatrique du logiciel [REDACTED] 2026, ce qui nous permettra de repartir sur un nouveau DPI et d'améliorer le reporting des observations cliniques.</p> <p>Les médecins traitants ont un accès à distance à l'outil DPI et sont formés. Le médecin coordonnateur est actuellement en arrêt maladie. »</p> <p>Concernant la prise en soins, il est noté les différents axes d'amélioration proposés concernant chaque remarque. Toutefois, l'établissement n'apporte aucun élément probant permettant d'en vérifier sa réalisation. Dans l'attente, la recommandation 10 est maintenue.</p>	<p>« Dans le cadre du PMS, nous allons établir différents protocoles :  Élaboration d'un protocole sur la dénutrition et la déshydratation, Travailler sur l'élaboration d'un protocole exhaustif sur le dépistage, la prévention et la prise en charge de la dénutrition et de la déshydratation pour l'ensemble de nos résidents. Ce protocole vise à garantir une approche proactive et complète de ces problématiques de santé. Travail en collaboration avec les diététiciennes (Cf R37)  Rédaction des protocoles thérapeutiques généraux : Entamer le processus de rédaction des protocoles thérapeutiques généraux, qui couvriront un large éventail de situations médicales courantes et spécifiques à notre établissement.  Finalisation des protocoles sur la prévention des chutes et des escarres : Nous sommes actuellement en phase de finalisation du protocole de prévention et de prise en charge des chutes en EHPAD, ainsi que de l'actualisation du protocole de prévention et de prise en charge des escarres. Ces protocoles seront complétés et mis à jour pour répondre aux dernières recommandations en la matière.  Modification du protocole de contention en intégrant les recommandations de l'ANSM : Nous avons entrepris la révision du</p>
<p>11</p>	<p>S'agissant des protocoles de soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Élaborer un protocole sur le dépistage, la prévention et la prise en charge de la dénutrition et de la déshydratation pour l'ensemble des résidents ;</li> <li>- Rédiger les protocoles thérapeutiques généraux</li> <li>- Finaliser le protocole de prévention et de prise en charge des chutes en EHPAD</li> <li>- Actualiser le protocole de prévention et de prise en charge des escarres</li> <li>- Modifier le protocole de contention en usage dans l'établissement en l'étayant et en intégrant les</li> </ul>	<p>R32</p> <p>R49</p> <p>R50</p> <p>R51</p> <p>R29</p>	<p>6 MOIS</p>	<p>« Dans le cadre du PMS, nous allons établir différents protocoles :  Élaboration d'un protocole sur la dénutrition et la déshydratation, Travailler sur l'élaboration d'un protocole exhaustif sur le dépistage, la prévention et la prise en charge de la dénutrition et de la déshydratation pour l'ensemble de nos résidents. Ce protocole vise à garantir une approche proactive et complète de ces problématiques de santé. Travail en collaboration avec les diététiciennes (Cf R37)  Rédaction des protocoles thérapeutiques généraux : Entamer le processus de rédaction des protocoles thérapeutiques généraux, qui couvriront un large éventail de situations médicales courantes et spécifiques à notre établissement.  Finalisation des protocoles sur la prévention des chutes et des escarres : Nous sommes actuellement en phase de finalisation du protocole de prévention et de prise en charge des chutes en EHPAD, ainsi que de l'actualisation du protocole de prévention et de prise en charge des escarres. Ces protocoles seront complétés et mis à jour pour répondre aux dernières recommandations en la matière.  Modification du protocole de contention en intégrant les recommandations de l'ANSM : Nous avons entrepris la révision du</p>



	<p>recommandations de l'ANSM d'octobre 2022</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fournir les protocoles ou conduits à tenir face à des situations d'urgence précises.</li> </ul>	R47		<p>protocole de contention en usage dans notre établissement, en intégrant les recommandations de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) émises en octobre 2022. Cette démarche vise à garantir une utilisation sûre et appropriée des mesures de contention, conformément aux meilleures pratiques et aux normes en vigueur. Fourniture des protocoles ou conduites à tenir en cas de situations d'urgence : Protocole en PJ »</p> <p>Il est noté le travail d'actualisation et d'élaboration de nouveaux protocoles. Contrairement à ce qui est indiqué dans la réponse, aucun protocole a été transmis dans le cadre de la procédure contradictoire.</p> <p>Dans l'attente de la finalisation de ce travail, <u>la recommandation 11 est maintenue.</u></p>
12	<p>Mettre en oeuvre le dispositif d'IDE de nuit et respecter les engagements dans le cadre de la réponse à l'appel à candidature</p>	R46	IMMEDIAT	<p>« Nous avons entrepris la mise en oeuvre du dispositif d'Infirmière Diplômée d'État (IDE) de nuit conformément à nos engagements à la suite de la réponse à l'appel à candidature. Les groupes de travail ont été lancés en collaboration avec d'autres EHPAD pour élaborer un plan Cependant, nous faisons face à un obstacle financier. Certains EHPAD partenaires ne souhaitent pas contribuer financièrement au projet, ce qui complique la situation.</p> <p>Malgré cela, nous continuons à travailler sur le dispositif et à chercher des solutions alternatives pour assurer la mise en place de l'IDE de nuit dans notre établissement. Nous restons déterminés à respecter nos engagements envers nos résidents et à fournir les meilleurs soins possibles, même dans des circonstances financières difficiles. Ce poste sera imputé sur les sections soins et dépendance et dégradera la situation financière. »</p> <p>Ce dispositif est porté financièrement par l'ARS-ARA et non autofinancé par les structures comme indiqué dans la réponse. Il appartient à la structure porteuse du dispositif de prendre contact avec les services de l'ARS en charge du suivi de ce dispositif pour</p>



				<p><b>faire le point. En l'état, la recommandation 12 est maintenue conformément à la décision de financement de l'ARS-ARA.</b></p> <p>« Dans le cadre de ce dispositif, nous proposons de manière ponctuelle des APP à la demande des cadres de santé. Ces entretiens visent à soutenir le personnel dans leur pratique professionnelle, à identifier et à résoudre les difficultés rencontrées, ainsi qu'à prévenir les situations de maltraitance.</p> <p>De plus, nous organisons régulièrement des réunions d'équipe, appelées STAFF, qui permettent aux professionnels de se réunir, d'échanger sur leurs pratiques, de partager leurs expériences et de bénéficier d'un soutien mutuel. Ces réunions favorisent également une communication ouverte et une meilleure coordination des soins et de l'accompagnement.</p> <p>Nous croyons fermement que ce dispositif de soutien professionnel contribue à améliorer la qualité des soins et du soutien offert à nos résidents, tout en renforçant le bien-être et la satisfaction au travail de notre personnel. »</p> <p>Lors de l'inspection, il a été constaté qu'il n'existait plus de dispositif de soutien professionnel comme le recommande l'ANESM. S'agissant des réunions de staff, elles ont débuté mais elles n'ont pas les mêmes finalités que le dispositif de soutien qui est piloté par un prestataire externe à la structure. Par ailleurs, au regard de la charge de travail des AS dans certaines unités, le dispositif de soutien de ces professionnels serait judicieux. En l'absence de programmation d'un tel dispositif, <u>la recommandation 13 est maintenue.</u></p>
<p><b>13</b></p>	<p>Mettre en place un dispositif de soutien professionnel conformément aux recommandations de bonnes pratiques formulées par l'ANESM (RGBPP mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance-décembre 2008)</p>	<p>R20</p>	<p>6 MOIS</p>	
<p><b>14</b></p>	<p>En matière de circuit du médicament :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réfléchir au positionnement du chariot d'urgence autre que dans une salle de débaras,</li> <li>- Clarifier les fiches de contrôle du matériel et des médicaments concernant les dates de</li> </ul>	<p>R52  R53</p>	<p>9 MOIS</p>	<p>« Nous avons pris des mesures pour améliorer la gestion du circuit du médicament dans notre établissement, notamment :</p> <p>1. Révision des fiches de traçabilité et de contrôle : Nous avons revu et clarifié les fiches de contrôle du matériel et des médicaments en 2022 afin de garantir une meilleure traçabilité, notamment en ce qui concerne les dates de péremption. Cette démarche vise à assurer la conformité aux normes de sécurité et à réduire les risques d'erreur</p>



	<p>péremption, tracer les vérifications du dispositif défibrillateur</p>	R54	<p>dans la gestion des médicaments.</p> <p>2. Réflexion sur le positionnement du chariot d'urgence : Actuellement situé dans une salle centrale et facilement accessible. Nous engageons une réflexion sur la réaffectation de cette salle afin d'assurer la pérennité de l'accessibilité. Cette réflexion vise à garantir une réponse rapide et efficace en cas d'urgence médicale.</p> <p>3. Tracé des vérifications du dispositif défibrillateur : La vérification du DAE est intégrée à la procédure de vérification du chariot d'urgence réalisée et tracée par les IDE. Ces vérifications sont scrupuleusement documentées pour assurer la conformité aux exigences de sécurité et de qualité. »</p> <p><b>Le début de la mise en œuvre de la recommandation est pris en compte. Dans l'attente de sa réalisation complète et de la transmission de tout élément probant, la recommandation 14 est <u>maintenue.</u></b></p>
--	--	-----	--

