ANNEXE : MESURES CORRECTIVES DEFINITIVES

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

Nature des mesures correctives

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

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

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

Maintien / levée des mesures correctives

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

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

N°	PRESCRIPTIONS	cf. écart(s) / remarque(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
1	Sécuriser l'accès aux locaux présentant un risque pour les résidents conformément aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF	Ecart majeur 1, Ecart 5, Ecart 14, Remarque 6, Remarque 7, Remarque 8	**Immédiat**	Une étude et des devis sont en cours, afin d'envisager la solution la plus pratique et la moins onéreuse pour fermer ces locaux. L'établissement a transmis deux devis en date du 30/07/2024, un seul a été validé le 11/09/2024. Au passage de la mission le 10/12/2024 ce dispositif n'était pas installé. Par ailleurs les caractéristiques du produit prévu au devis "Éviter tout contact avec des produits détergents" semblent peu adaptées au fonctionnement d'un EHPAD (désinfection régulière des poignées de porte). A court terme un rappel des bonnes pratiques de fermeture des locaux techniques et des affichages permettront de sensibiliser les équipes à la fermeture des portes. **En conséquence, la prescription est maintenue**
2	Mettre en place une organisation permettant de réduire le temps de réponse à l'appel malade afin d'assurer la sécurité des résidents, conformément à l'article L. 311-3 du CASF.	Ecart Majeur 2,	**Immédiat**	L'établissement précise dans sa réponse que la traçabilité d'appel malade ne faisait pas état d'appel en provenance de la mission d'inspection. Le lendemain de l'inspection, le système a été vérifié, il fonctionne, en précisant qu'en cas de panne, une alarme nous informe la structure. La mission d'inspection a procédé à deux appels via le bracelet des résidents (deux résidents différents, chambre 402 et chambre 108) une fois vers 10h30 et une fois vers 14h. La capture d'écran transmis par l'EHPAD n'en fait pas mention. La mission d'inspection confirme que les appels ont été entendus par les soignants. Pour le premier test [redacted] après 26

				minutes d'attente, la soignante a indiqué qu'elle pensait qu'il s'agissait d'une erreur puisque la mission était en présence du résident et que tout lui paraissait normal. Lors du deuxième test [redacted] aucune réponse ni intervention au bout de 8 minutes. La mission a interpellé le soignant en possession du DECT, celui-ci utilisait son téléphone personnel. Suite à la sollicitation de la mission, il a convenu avoir bien reçu l'appel test. A l'occasion du contradictoire la directrice a indiqué qu'un contrôle du logiciel était réalisé mensuellement par la cadre de santé néanmoins aucun protocole relatif à ce contrôle, traçabilité et la continuité de cette mission en son absence n'ont été transmis. La direction doit se saisir du suivi de ce dispositif, les éléments transmis à l'occasion du contradictoire ne sont pas de nature à garantir la sécurité des résidents. **En conséquence, la prescription est maintenue**
3	Garantir une organisation permettant de sécuriser la prise en charge de l'urgence médicale conformément à l'article L. 311-3 du CASF.	Ecart 6, Ecart 15, Remarque 12, Remarque 18	3 mois	En l'absence de réponse aux écarts et remarques mentionnés, la prescription est maintenue.
4	Elaborer des protocoles de conduites à tenir pour les différentes catégories de risques médicaux, conformément aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF	Ecart 8 Ecart 12, Remarque 14, Remarque 15,	6 mois	L'établissement indique dans sa réponse être en cours de rédaction de protocoles médicaux ainsi qu'en cours de mise à jour de son plan bleu.

		Remarque 16, Remarque 17,		L'établissement a transmis les protocoles : - Altération de l'état cutané - Evaluation de la douleur - Suivi des selles Ceux-ci ne sont pas datés, signés et ne permettent pas de savoir s'il s'agit de protocole finalisés et mis en œuvre. **En conséquence, la prescription est maintenue jusqu'à réception de l'ensemble des documents définitifs**
5	Formaliser le projet d'établissement, projet de soins et RAMA pour intégrer une politique opérationnelle relative à l'accompagnement de la fin de vie conformément aux articles L. 311-8 et D. 311-38-5 du CASF	Ecart 2, Ecart 13, Remarque 10, Remarque 11, Remarque 13	1 an	L'établissement indique dans sa réponse que le projet d'établissement et le projet de soins sont écrits et ont été validés par les instances compétentes, il rappelle que l'évaluation de la qualité a été réalisée en novembre 2024, juste avant la visite d'inspection et le rapport transmis à l'ARS via la plateforme dédiée. Il précise que l'accompagnement de fin de vie figure en page 24 du projet d'établissement et enfin, que le RAMA a été également réalisé et transmis à l'ARS. Le Projet d'établissement 2024-2029 réceptionné et le RAMA mentionnent très brièvement les soins palliatifs. Le Projet d'établissement évoque en p 21 le recours possible à l'EMSP de Voiron. Le RAMA ne comporte aucun élément d'analyse sur la mise en place d'une politique d'accompagnement de fin de vie, et ne fait que mentionner une sollicitation dans l'année de l'EMSP. Ces éléments ne sont pas de nature à constituer une politique opérationnelle de l'accompagnement de la fin de vie. **En conséquence, la prescription est maintenue**

6	Procéder aux affichages réglementaires et mettre en place des supports d'information régulièrement actualisés permettant de favoriser une information éclairée et complète des familles conformément à l'article R311-34 du CASF.	Ecart 3, Remarque 2		Les documents réglementaires sont affichés à l'accueil de l'EHPAD et le règlement de fonctionnement est transmis lors de chaque visite de préadmission, puis signé à l'admission. Le règlement de fonctionnement peut être consulté sur le site internet de l' EHPAD : www.ehpad-cotesaintandre.fr. Le site internet de l'EHPAD est ergonomique et permet une lecture claire et facile des différents documents institutionnels. **En conséquence, la prescription est levée**
7	Recruter un médecin coordonnateur conformément à l'article D312-155-0 du CASF, à défaut prévoir l'organisation pour répondre aux obligations réglementaires.	Ecart 7, Ecart 9, Ecart 10, Ecart 11	1 an	L'établissement est en recherche active depuis plusieurs années mais se heurte à une réelle pénurie de médecins sur son territoire L'organisation mise en place avec les Médecins libéraux de la Côte Saint André pour assurer une présence médicale régulière sur l'établissement ne constitue pas un fonctionnement permettant de réaliser les missions institutionnelles attendues d'un médecin coordonnateur. **En conséquence, la prescription est maintenue**
8	Faire coter et parapher le registre des entrées et sorties conformément à l'article L. 331-2 du CASF.	Ecart 1		La direction indique avoir transmis le registre à la mairie de la Côte Saint André et avoir réceptionné en retour un mail mentionnant la signature du registre par M le Maire. **En conséquence, la prescription est levée**

nn	Mettre en place une démarche qualité permettant l'analyse des causes des EI, des réclamations et une démarche d'analyse de la pratique conformément aux Art. L. 331-8-1 CASF et Art. L. 1413-14 CSP.	Ecart 4, Remarque 3, Remarque 4	6 mois	Un responsable qualité est présent à temps partiel au Grand Cèdre, le logiciel [redacted] est mis en place, sur lequel les professionnels déclarent les événements indésirables et sur lequel sont également enregistrées les plaintes et réclamations des familles. Une cellule qualité se réunit une fois par trimestre, afin d'analyser les causes profondes et de mettre en place un plan d'action. Deux événements indésirables sont analysés par réunion de la cellule qualité, qui comprend des professionnels, la cadre supérieure de santé, la cadre de santé et le responsable qualité. La méthode utilisée est la méthode ALARM. La démarche d'analyse de la pratique n'est pas mise en place dans l'établissement, bien qu'elle soit très intéressante, faute de moyens financiers suffisants. La réponse de l'établissement et les exemples d'analyse d'EI transmis à l'occasion du contradictoire correspondent aux attendus de la mission. En revanche l'établissement n'a pas répondu sur les modalités de recueil des réclamations usagers (résidents et familles) mises en œuvre. La mission prend note des difficultés financières de l'établissement pour mobiliser un prestataire extérieur en analyse de la pratique, néanmoins cela ne le dispense pas d'organiser en interne des modalités de soutien aux équipes et de réflexivité sur la pratique.

				En conséquence, la prescription est partiellement maintenue pour les remarques 3 et 4

N°	RECOMMANDATIONS	cf. remarques(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
	Je vous recommande de :			
1	Demander aux autorités de tutelle une nouvelle coupe GMP et PMP	**Remarque 1**	1 an	**En l'absence de réponse de réponse de l'établissement, la recommandation est maintenue**
2	Actualiser les conventions de partenariats	**Remarque 5**	6 mois	L'établissement précise dans sa réponse que la convention avec l 'hôpital de Voiron n'est certes pas actualisée, mais qu'elle fonctionne, ainsi que le recours aux médecins traitants de garde en cas d'urgence. En outre, l'établissement précise également avoir recours aux IDE de nuit mis en place par l'hôpital de Bourgoin Jallieu (dans le cadre de la convention de direction commune avec l'EHPAD de Saint Jean de Bournay). Il convient cependant de prendre l'attache des partenaires pour actualiser ces conventions. **En conséquence, la recommandation est maintenue**