RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé
Auvergne-Rhône-Alpes

La Directrice générale

[redacted]

Réf. : 319123

[redacted]

Directrice du pôle Gérontologie
MUTUALITE FRANCAISE ISERE SSAM
76 AV LEON BLUM
38100 GRENOBLE

Lyon, le 22 AOUT 2025

Objet : **LRAR - Notification de décision définitive suite à inspection par les services de l'Agence Régionale de Santé de l'EHPAD Résidence de l'Arche**

LRAR-1A 2025 334 36369

PJ : 1 - annexe tableau des mesures correctives définitives

Madame la Directrice,

Une inspection diligentée à notre initiative au titre des articles L.313-13 et suivants du Code de l'action sociale et des familles et L.6116-1 du Code de la santé publique s'est déroulée à l'EHPAD Résidence de l'Arche à Charvieu Chavagneux le 9 janvier dernier au titre de l'orientation nationale d'inspection contrôle « Plan d'inspection et de contrôle des 7500 Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) en deux ans » (2022 – 2024) ».

Sur la base du rapport établi par la mission, Je vous ai fait parvenir par courrier du 28 mai 2025 les mesures correctives que j'envisageais de prononcer afin de remédier aux carences et aux non-conformités constatées.

Vous nous avez transmis votre réponse en retour par courrier du 11 juillet 2025, ainsi les éléments probants relatifs à cette dernière.

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.

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

Conformément au règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez accéder aux données vous concernant ou demander leur effacement. Vous disposez également d'un droit d'opposition, d'un droit de rectification et d'un droit à la limitation du traitement de vos données. Pour exercer ces droits, vous pouvez contacter le Délégué à la protection des données de l'ARS (ars-ara-dpd@ars.sante.fr).

Le suivi de la mise en œuvre des mesures correctives sera effectué par la délégation départementale de l'Isère :

ARS Auvergne Rhône-Alpes
Délégation Départementale de l'Isère
Service Grand Age
17-19 rue Commandant l'Herminier
38032 Grenoble cedex 1

ars-dt38-grand-age@ars.sante.fr

Vous veillerez à leur transmettre l'ensemble des éléments probants nécessaires dans les délais indiqués.

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

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'assurance de ma con[redacted]

Copie à [redacted], directeur de la résidence de l'Arche.

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	**Mettre à jour le projet d'établissement (article L311-8 du CASF)**	E2	1 an	La structure s'est engagée dans le travail de réactualisation du PE qui devrait être finalisé fin 2025/ début 2026. **Dans l'attente de la transmission du PE validé, la prescription N°1 est maintenue.**
2	**Renforcer et sécuriser l'accompagnement en soins :**			
	-renforcer le temps du médecin coordonnateur à hauteur de ce que prévoit la règlementation (article D312-156 du CASF)	E8	1 an	La structure ne répond pas sur le renfort du temps de médecin coordonnateur à hauteur des attendus règlementaires. **La mesure corrective liée à l'écart 8 est maintenue.**
	-actualiser le projet général de soins (article D312-158-1 du CASF)	E9	1 an	La structure indique que l'actualisation du projet de soins comportant la politique d'accompagnement de fin de vie sera intégrée dans le PE.
	-Formaliser une politique d'accompagnement de la fin de vie dans le cadre du projet de soins (Articles L311-8 et D 311-38 du CASF).	E10	1 an	**L'engagement de la structure est noté, dans l'attente les mesures correctives liées aux écarts 9 et 10 sont maintenues.**
	-Formaliser une convention avec un établissement de santé afin d'assurer la prise en charge des résidents dans le cadre de l'urgence et des hospitalisations programmées (article D312-158 et D312-155-0-5 du CASF)	E4	6 mois	La structure transmet la convention avec le CHPO, néanmoins cette dernière date de 2009, est valable 1 an (à compter du 01/09/2009) renouvelable par tacite reconduction pour 3 ans maximum. Ce document, par ailleurs communiqué à la mission d'inspection, n'est donc pas valide au jour de l'instruction des éléments de réponse de l'établissement. **La mesure liée à l'écart 4 est maintenue en conséquence.**
	-Intégrer dans les PAP des résidents un volet relatif aux soins afin de garantir leur individualisation (article L311-3 et D 312-155-0 du CASF)	E7	3 mois	La structure indique que le plan de soin prévisionnel sera présenté lors de la réunion de présentation du PPA et que la consigne a été donnée en ce sens. Il est noté ces mesures qui vont dans le sens d'une meilleure compréhension de

				l'accompagnement par le résident et sa famille. Néanmoins ces éléments ne répondent pas complètement à la demande. En effet, les inspecteurs ont noté que le PPA ne comportent pas de volet soins, c'est-à-dire le recueil des souhaits du résidents, et les objectifs et moyens retenus pour répondre à ces objectifs (recueil des attentes et besoins en santé). Le plan de soin ne représente que la déclinaison opérationnelle des moyens de répondre au PPA. L'ensemble des recommandations en matière d'accompagnement personnalisé à la santé du résident d'EHPAD sont repris dans le document HAS ci contre : Microsoft Word - Synthèse_Qualité de Vie 4_Novembre2012.doc **Compte tenu de ces éléments, la mesure corrective liée à l'écart N°7 est maintenue.**
	-Préciser l'ensemble des actes attendus en matière de soins de nursing et de soins infirmiers, compléter les plans de douches avec les particularités individuelles des résidents et actualiser les plans de change de manière à s'assurer de la qualité des soins réalisés et de leur suivi.	R15 R16 R17 R18	3 mois	La structure indique qu'il est étudié un système de signature dans [redacted] afin d'assurer la traçabilité des soins effectués dont l'opérationnalité est envisagée sur septembre et indique que le plan de change est intégré au plan de soins. Cet élément permet de répondre à la mesure corrective liée à la remarque 18 (insertion des accompagnements aux toilettes dans les plans de soins) et partiellement à la remarque 17 (hormis volet traçabilité). Il n'est pas apporté d'éléments probants en lien avec les remarques N°15 et 16. **Compte tenu de ces éléments, les mesures liées aux remarques n° 15 et 16 sont maintenues, ainsi que la mesure liée à la remarque n°17 en attente de l'opérationnalité du paramétrage de [redacted] ; cependant la mise à jour des plans de change intégrée aux plans de soins est notée. Enfin la mesure liée à la remarque n°18 est levée.**

	-Mettre en place un contrôle régulier des médicaments composant la dotation d'urgence, en assurer une traçabilité rigoureuse.	R22	~~Immédiat~~	Le document transmis permet de tracer le contrôle mensuel de la dotation d'urgence de manière globale par les IDE et du contrôle trimestriel par la cadre de santé. Néanmoins la remarque portait sur le document détaillé de vérification des tiroirs du chariot d'urgence et l'absence d'information sur les médicaments. Le document ANNEXE 1 ne permet pas de répondre précisément sur ce point. **Attendu qu'il engage cependant la responsabilité des personnes ayant réalisé le contrôle et l'ayant supervisé, la mesure liée à la R22 est levée.**
	-Formaliser un protocole de gestion des situations d'urgences médicales et veiller à son appropriation par les professionnels.	R20	3 mois	La structure transmet un protocole de gestion des urgences médicales, ce dernier a été rédigé le 03/06/25. Il ne comporte pas les dates de vérification et d'approbation. La date de diffusion, en l'absence d'approbation n'est pas présente. La check list de transmission au 15 ne comporte pas d'information sur l'édition du DLU, les informations relatives au livret « 20 situations d'urgence » comportent une omission (Lien de téléchargement du document laissé vide). **En attente de la complétude du document, de sa validation est diffusion, la mesure liée à la remarque 20 est maintenue.**
	- Formaliser une procédure relative à la conduite à tenir en cas de fausse route et former régulièrement les personnels afin d'assurer la sécurité des résidents.	R19	3 mois	Les procédures fausse route et chutes sont en cours d'écriture selon la réponse de l'établissement. **Les mesures liées aux remarques 19 et 21 sont maintenues dans l'attente de la finalisation, de la validation et de la diffusion des protocoles cités.**
	-Compléter le protocole de prise en charge des chutes d'éléments d'analyse visant à éviter leur réitération et d'un volet de prévention.	R21	3 mois	
	-Réfléchir à une organisation permettant de limiter la discontinuité de la présence infirmière le week end	R5	3 mois	La structure indique que l'organisation mise en place permet de garder une attractivité sur les postes infirmiers dans un contexte complexe. La balance bénéfice/ risque est dès lors

				considérée comme positive puisque l'organisation actuelle permet la stabilité des personnels et que 3 personnes par service le WE sont présentes durant l'absence infirmière sur le temps du déjeuner, permettant d'assure la continuité de présence nécessaire à la sécurité des résidents. La structure ne répond pas sur l'effectif IDE de 3.12 ETP qui semble faible et est inférieur aux ratios IDE constatés sur les EHPAD en Isère (moyenne de 6.22 ETP IDE pour les EHPAD 100 places-données 2024 soit 4.54 ETP pour 73 places). En ce sens, si l'organisation infirmière en place est optimisée pour répondre aux besoins de la structure, l'interrogation de l'effectif infirmier nécessaire pour répondre aux besoins en soins de plus en plus importants relatés au cours de l'inspection devra nécessairement se poser dans le cadre du projet à venir et de l'extension de capacité accordée. **La mesure liée à la remarque 5 est maintenue, notamment dans le cadre du projet immobilier et de l'extension de capacité futurs.** **La prescription N°2 est maintenue concernant les mesures liées aux écarts 4, 7, 8, 9, 10 et remarques 5,15, 16, 17, 19, 20,21.** **Les mesures liées aux remarques 18 et 22 sont levées**
3	**Renforcer la sécurisation des locaux :** -En veillant à la fermeture systématique des locaux techniques (article L 311-3 du CASF). - En mettant en place un dispositif de contrôle des accès à la structure (contrôle visuel, digicode, ...) (article L311-3 du CASF)	E6 E5	~~Immédiat~~ 6 mois	La structure a transmis la note de service rappelant les consignes de sécurité liées aux locaux de stockage et maintien sous surveillance des produits potentiellement dangereux (date 30/06/25). **La mesure liée à l'écart 6 est levée.** La structure indique que son projet institutionnel est fondé sur une approche domiciliaire, en ce sens le fait de pouvoir aller/ et venir et recevoir des visites a tout heure et selon leur

				convenance est privilégié. La mise en œuvre d'un digicode ou autre dispositif « contraignant » pourrait limiter la liberté d'aller et venir, cette solution n'est pas retenue par la structure. Néanmoins, s'il est possible d'entendre et encourager toute réflexion éthique sur la préservation de la liberté d'aller et venir des résidents selon leurs capacités, il s'agit ici plus encore de préserver les résidents de tout risque d'intrusion externe qui ne serait pas liées aux visites désirées et reçues par les résidents. Pour rappel, le plan Vigipirate maintient sa vigilance pour l'été automne 2025 en « vigilance attentat ». Aussi, si un digicode n'est pas la solution appropriée, des solutions techniques autres existent pour préserver les résidents des intrusions (visiophone avec appel sur les portables, contrôle visuel des entrées, badges d'accès...) Un guide est par ailleurs édité afin de faciliter l'autoévaluation des structures quant à leur niveau de sûreté et ce pour les structures sociales et médico-sociales : http://www.sgdsn.gouv.fr/files/files/Publications/guide-pratique-pour-les-personnels-des-etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux.pdf **En conséquence, la mesure liée à l'écart 5 est maintenue.**
	-en mettant en place une organisation des espaces permettant le stockage du matériel en dehors des couloirs de circulation	R11	6 mois	La structure indique qu'une réorganisation du stockage des matériels va être mise en place mais que la structure pâtit de son manque de place en attendant la livraison des nouveaux locaux. La mission a bien noté ce manque de locaux de stockage mais met en avant le risque potentiel de chute lié à la présence de matériel dans les couloirs de circulation. **La mesure liée à la R11 est maintenue dans l'attente de la mise en œuvre des réorganisations annoncées.**
	-En revoyant le paramétrage des bracelets anti-fugue pour que l'alarme se déclenche de manière	R10	3 mois	La structure indique que la seule possibilité de répondre à la

	prématurée à la sortie du périmètre de l'établissement			demande de la mission serait de revoir l'implantation géographique des bornes ce qui limiterait l'accès à l'extérieur du résident concerné. Outre les travaux engendrés, le projet d'accompagnement de la structure s'en trouverait remis en cause (approche domiciliaire). La mission a relevé que le déclenchement est en sortie de structure, donnant sur une rue circulante. Ce déclenchement peut être qualifié de tardif car entre l'alarme et la sortie du personnel à sa recherche, plusieurs minutes peuvent s'écouler avant que le résident ne soit repéré. Or, il ne semble pas incongru qu'un résident dont les capacités d'orientation et de repérage soient altérées ne puisse pas accéder à un extérieur non sécurisé (pour mémoire, le portail d'accès est ouvert en permanence la journée) et que ces limitations de déplacements, validées par le médecin et partagées avec la famille, soient formalisées dans une annexe de son contrat de séjour. **Aussi quelles que soient les modalités de sécurisation adoptées par la structure (fermeture du portail en journée avec accès par code ou autre ou paramétrage différent des bornes de repérage), la mesure liée à la remarque 10 est maintenue afin de s'assurer que l'accès à la route passante n'est pas possible pour les résidents vulnérables, dont la liberté d'aller et venir est restreinte pour des raisons médicales.** **La prescription N°3 est maintenue hormis pour la mesure liée à l'écart N°6 qui est levée**
4	**Mettre en place un suivi rigoureux du registre légal des entrées et sorties (article L331-2 du CASF)**	E1	~~Immédiat~~	Une note de service visant à renforcer le suivi du registre des entrées et sorties a été mise en œuvre le 30/06/25. Il est rappelé que la structure est tenue de pouvoir fournir une liste actualisée de tous les résidents présents dans la structure, notamment aux forces de secours, en cas de sinistre et d'évacuation et ce quelle que soit la version retenue (liste informatique, registre ...).

				La prescription 4 est levée compte tenu des documents transmis.
5	**Veiller à la signature systématique des comptes rendus de CVS par le Président en conformité avec l'article D311-20 du CASF et à leur affichage en un lieu visible des familles**	E3 R2	~~Immédiat~~	La structure envoie les documents signés et garantit l'affichage du dernier CR. **La prescription 5 est levée.**

N°	RECOMMANDATIONS	cf. remarques(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
	Je vous recommande de :			
1	**Consolider la politique de gestion des ressources humaines :** -En formalisant les missions et responsabilités de chaque professionnel au travers de fiches de postes détaillées et personnalisées et de fiches de tâches claires, comme repères structurant à l'exercice de leurs métiers.	R6	6 mois	La structure envoie deux documents correspondants à des fiches de postes comme demandé mais celles-ci concernent la résidence Pique Pierre qui ne fait pas l'objet de l'inspection. **Dans l'attente de l'adaptation de ces documents à l'Arche, la mesure liée à la R6 est maintenue.**
	-En établissant un plan de formation au profit des professionnels et de leurs besoins au vu des publics accueillis dans l'établissement, afin d'assurer une prise en charge adaptée des résidents.	R7	6 mois	La structure indique que des formations en interne ou externes sont réalisées concernant l'accompagnement spécifique de la PA mais que les formations gratuites ne sont pas répertoriées dans le plan de formation. Aussi le document envoyé ne peut être considéré comme probant. **La mesure liée à la remarque 7 est maintenue en attente d'effectivité et de traçabilité de l'ensemble des formations réalisées.**
	-En mettant en œuvre un dispositif de soutien des			

	professionnels animé par un professionnel externe à la structure	R8	6 mois	La structure indique que de nouvelles séances d'APP seront proposées en 2026. **Dans l'attente de la mise en œuvre, la demande de mesure liée à la R8 est maintenue** **En conséquence, la recommandation N°1 est maintenue dans son ensemble.**
2	**Améliorer la formalisation de la politique qualité et veiller à son appropriation :** -En formalisant la procédure de déclaration, suivi et traitement des EI -En formalisant la procédure de recueil, traitement et suivi des plaintes et réclamations.	R3 R4	3 mois 3 mois	La structure transmet une procédure complète des EI/EIG/EIGS et la preuve de sa diffusion aux équipes. Ce document n'aborde pas la gestion des plaintes et réclamations (définition, modalités de traitement...) hormis au point 7 « suivi des EI/P/R ». **La recommandation N°2 est maintenue partiellement sur la mesure liée à la remarque 4**
3	**Formaliser les partenariats existants**	R9	6 mois	Comme vu précédemment, la convention avec le CHPO est obsolète, et d'autres partenariats ont été cités qui ne font pas l'objet de convention (EMOGEX et EM géronto-psy). La structure indique qu'une rencontre est prévue fin 2025 entre le CHPO et la mutualité française pour revoir le cadre de leur coopération. **La recommandation N°3 est maintenue en attente de l'effectivité des mesures annoncées.**
4	**Pourvoir les lits conformément à la capacité autorisée en hébergement temporaire et en hébergement permanent**	R1	3 mois	La remarque portait sur le fait que les places d'accueil temporaire n'étaient pas pourvues le jour de l'inspection d'après les documents transmis. La structure transmet les arrêtés d'autorisation déjà portés à la connaissance des inspecteurs. **La recommandation N°4 est maintenue.**

5	**Renforcer la personnalisation de l'accompagnement et la réponse aux besoins individualisés :** -en recueillant systématiquement la signature du résident et/ou de son proche désigné afin de formaliser son adhésion aux objectifs de l'accompagnement. -en s'assurant d'une réponse systématique aux déclenchements d'appel malade, y compris sur les temps de relève d'équipe. -en s'assurant que le paramétrage de l'appel malade permette d'indiquer le temps de réponse effectif au déclenchement afin de garantir un délai raisonnable de prise en compte	R14 R13 R12	~~Immédiat~~ ~~Immédiat~~ ~~Immédiat~~	La structure indique que 18 dossiers ont été recensés avec une absence de signature, un rappel aux familles a été réalisé et le MOP a été actualisé afin de recueillir a signature directement à l'issue du rdv de présentation du PPA au résident et/ou famille. Il est également rappelé qu'au cas où la famille ne répondrait pas à la demande de la structure, cette dernière a la possibilité de tracer le ou les rappels faits et d'acter l'absence de signature de la famille le cas échéant. **La mesure liée à la R14 est levée** Des mesures de remplacement de cartes électroniques défectueuses et de contrôle du paramétrage ont été mises en œuvre (facture acquittée transmise). Une note de service visant au contrôle de l'indicateur et au suivi mensuel des temps de réponse a été transmise aux équipes et à la cadre de santé. **Les mesures apportées sont de nature à remédier au dysfonctionnement constaté, les mesures liées aux R12 et 13 sont levées.** **La recommandation N°5 est levée.**

Courrier : CS 93383 – 69418 Lyon cedex 03
04 72 34 74 00 – www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr