RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé
Auvergne-Rhône-Alpes

La directrice générale

[redacted]
Président du centre communal
d'action sociale
15 impasse des Dômes
63800 Cournon-d'Auvergne

Réf. : PMIEC - 2025-45

Lyon, le 10 NOV. 2025

Objet : LRAR - Notification de décision définitive suite à inspection par les services de l'Agence Régionale de Santé de l'EHPAD George Sand à Cournon d'Auvergne (Puy-de-Dôme)

LRAR

PJ : Mesures correctives définitives

Monsieur le Président,

Une inspection diligentée à mon 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 George Sand le 11 décembre 2024 au titre de l'orientation nationale d'inspection contrôle « Plan d'inspection et de contrôle des 7 500 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 02 juillet 2025 les mesures correctives que j'envisageais de prononcer afin de remédier aux non-conformités constatées.

Vous m'avez transmis votre réponse en retour par courrier du 21 août 2025.

Je prends acte des engagements formulés dans le cadre de la procédure contradictoire. Toutefois, la concision des réponses et l'absence de transmission de documents probants ne permettent pas de mesurer l'avancée des actions.

Au terme de la procédure contradictoire et après examen approfondi de votre réponse, j'ai l'honneur de vous notifier mes décisions définitives, 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.

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

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).

J'ai également pris note de votre demande de rencontre. Je vous invite à prendre contact directement avec la délégation départementale du Puy-de-Dôme, pôle Autonomie, qui assurera le suivi de la mise en œuvre des mesures correctives. Dans ce cadre, vous veillerez à lui transmettre l'ensemble des éléments probants nécessaires dans un délai de 6 mois.

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, Monsieur le Président, l'assurance de ma considération distinguée.

Le [redacted]

Copie à Mme la directrice

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 en place une organisation spécifique de l'intervention de l'équipe de nuit permettant d'assurer la continuité et la sécurité de la prise en charge des résidents de l'UVP, conformément aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF et aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS / ANESM « L'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social » de 2009	EM 1	Immédiat	L'organisme gestionnaire répond qu'une réunion d'équipe est prévue en septembre et dont l'objectif est de baser l'équipe de nuit en UVP et sortir uniquement lors des rondes. L'organisation envisagée des nuits n'est cependant pas précisée, notamment le nombre et la durée des rondes et donc les temps où les résidents de l'UVP ne bénéficient pas de la présence d'un professionnel la nuit, qui peuvent potentiellement être importants. Il n'est pas répondu à la prescription N°1 visant à sécuriser en continu la prise en charge des résidents sur cette unité d'autant que ceux-ci sont déambulants, ont des troubles cognitifs et peuvent présenter des troubles du comportement imprévisibles. **La prescription N°1 est maintenue.**
2	Concernant le respect de la liberté d'aller et venir et d'information des résidents : - Formaliser les règles de fonctionnement spécifiques à l'UVP et les modalités et horaires d'ouverture des accès dans le règlement de fonctionnement conformément aux dispositions de l'article R. 311-33 du CASF - Mettre en place un dispositif d'entrée et de sortie autonome des résidents conformément aux dispositions de l'article L. 311-3 1° du CASF	E2 E8	6 mois 1 mois	Concernant la formalisation des règles de fonctionnement spécifiques à l'UVP, L'organisme gestionnaire répond qu'un groupe de travail sera mis en place en novembre. Concernant la mise en place d'un dispositif d'entrée et de sortie autonomes des résidents, l'organisme gestionnaire annonce qu'un affichage sera fait à l'intérieur pour indiquer comment sortir du bâtiment. Concernant l'établissement de l'annexe au contrat de séjour, l'organisme gestionnaire indique que c'est en cours. Concernant la remise systématique du livret d'accueil aux

	- Etablir et actualiser l'annexe au contrat de séjour relative à la liberté d'aller et venir pour les résidents de l'UVP conformément Les dossiers administratifs des résidents accueillis à l'UVP ne comportent pas tous l'annexe spécifique au contrat de séjour relative à la liberté d'aller et venir, ce qui contrevient aux dispositions des articles L. 311-4-1, R. 311-0-7 et à l'annexe 3-9-1 du CASF - S'assurer par tout moyen de la remise systématique du livret d'accueil aux nouveaux résidents, conformément aux dispositions de l'article L. 311-4 du CASF	E12 E13	1 mois Immédiat	nouveaux résidents, l'organisme gestionnaire affirme que ce dernier est remis et signé en double exemplaire, et qu'un double est conservé à l'EHPAD à chaque remise de contrat. **Il est pris note acte de cet engagement. La prescription N°2 est levée sur ce point.** **Dans l'attente de leur mise en œuvre et de la transmission d'éléments probants, elle est maintenue sur les autres points.**
3	En matière de gestion du personnel : - S'assurer par tout moyen de la qualification adaptée au poste du personnel recruté conformément aux dispositions des articles L. 312-1-II du CASF et L. 4394-1 du CSP - Sécuriser l'établissement des plannings par l'utilisation d'un système unique - Etablir des fiches de tâches détaillées par poste et des consignes formalisées sur les conduites à tenir permettant de sécuriser la prise de poste des personnels remplaçants Rédiger des fiches de poste précises et nominatives conformément aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS-ANESM "Missions du responsable d'établissement	E4 E5 R4 R5 R7 R6	6 mois 3 mois 1 mois 3 mois	Concernant la prescription de s'assurer par tout moyen de la qualification adaptée au poste du personnel recruté, l'organisme gestionnaire répond que cela est fait et que les diplômes sont vérifiés à chaque recrutement. Cependant, il n'apporte pas d'éléments relatifs à la problématique de l'affectation de professionnels non qualifiés sur des missions d'ASD (réalisation de toilettes légères). Concernant la sécurisation des plannings, l'organisme gestionnaire répond que c'est en cours, avec le changement d'éditeur de planning (pour Net Planning) et son déploiement prévu en janvier 2026. Concernant la rédaction des fiches de postes précises et nominatives, l'organisme gestionnaire indique que c'est en cours avec la formalisation des entretiens professionnels. Concernant la mise en place de temps d'échanges entre les professionnels, l'organisme gestionnaire répond qu'un devis est

	et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance - Mettre en place des temps d'échange entre les professionnels autre que les temps de transmission afin de leur permettre d'échanger sur leurs pratiques en vue de leur amélioration, conformément aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS/ANESM "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance" et "La bientraitance, définition et repères pour la mise en œuvre"	R10	3 mois	en cours pour une mise en place soit d'analyse de la pratique professionnelle soit d'analyse de réflexion thématique par un psychologue extérieur à l'établissement. En parallèle, un groupe de travail sera mis en place dès septembre 2025 et animé par la psychologue sur la bientraitance. **Dans l'attente de la mise en œuvre effective et de la transmission d'éléments probants, la prescription N°3 est maintenue.**
4	Assurer une prise en charge des résidents adaptée et sécurisée en : - Etablissant et actualisant des plans de soins de nursing individualisés, détaillés et complets pour chaque résident conformément aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF - Organisant des modalités de transmissions permettant de garantir la bonne information précise et détaillée de l'ensemble des professionnels - Renforçant la politique de prévention de la dénutrition par l'établissement d'un protocole de prévention et le traitement de la dénutrition, par la réduction de l'amplitude du jeûne nocturne et la mesure mensuelle systématique du poids pour chaque résident, conformément aux	E14 R15 R16 R8 R23 R17 R24	Immédiat 1 mois Immédiat	Concernant la rédaction et l'actualisation des plans de soins de nursing individualisés et l'organisation des modalités de transmission permettant de garantir la bonne information des professionnels, l'organisme gestionnaire répond que le travail a été engagé cet été et qu'il sera poursuivi à la rentrée. Pour autant, il n'a pas été transmis d'élément attestant de ce début de travail (modalités pratiques, personnels concernés, temps d'échanges programmés...). Concernant la formalisation d'un protocole de prévention et de traitement de la dénutrition, l'organisme gestionnaire répond que ce dernier a été fait par la diététicienne et le médecin coordonnateur, sans qu'il soit transmis comme élément de preuve. Concernant la réduction de l'amplitude du jeûne nocturne, l'organisme gestionnaire indique qu'une nouvelle organisation sera mise en place dès la mi-septembre et qu'une réflexion autour des repas du soir avec un groupe de travail sera constitué en fin d'année.

	recommandations de bonnes pratiques de la HAS/ ANESM "Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée"			**Dans l'attente de la mise en œuvre effective et de la transmission des documents probants, la prescription N°4 est maintenue.**
5	Sécuriser la prise en charge en soins : Augmenter le temps de médecin coordonnateur conformément aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF Réunir la commission de coordination gériatrique au moins une fois par an, conformément aux dispositions de l'article D312-158-3 du CASF Formaliser des conventions avec les établissements de santé relatives à l'intervention des équipes mobiles et la prise en charge des résidents conformément aux dispositions des articles D. 312-158 et D. 312-155-0 5° du CASF - Etablir un protocole de gestion des urgences médicales Etablir des DLU complets pour chaque résident - Ranger le matériel d'urgence et à oxygène de façon sécurisée et ordonnée et assurer la traçabilité du suivi Conformément dispositions de l'article L. 311-3 du CASF	E15 E16 E7 E6 R18 E18 E19 R28	6 mois 6 mois 6 mois Immédiat Immédiat Immédiat	Concernant le temps d'intervention du médecin coordonnateur, il est pris acte de l'augmentation de son temps de travail à hauteur de 0,50 ETP. Il est cependant rappelé que le temps règlementaire est de 0,6 ETP. Concernant la réunion de la commission de coordination gériatrique, l'organisme gestionnaire indique que le médecin coordonnateur a organisé une réunion le 9 septembre à 19h30, sans pour autant transmettre d'ordre de jour, de convocation et de compte-rendu. Concernant la formalisation de conventions avec les établissements de santé, l'organisme gestionnaire répond que c'est en cours et qu'un passage conseil d'administration est prévu en fin d'année. Concernant l'établissement d'un protocole de gestion des urgences médicales, l'organisme gestionnaire affirme qu'il a été fait, mais aucun protocole n'est transmis. Concernant l'établissement des DLU complets pour chaque résident, l'organisme gestionnaire indique que c'est en cours. Les modalités de cette mise en œuvre ne sont pas évoquées. Concernant le rangement du matériel d'urgence et à oxygène de façon sécurisée et la traçabilité du suivi, l'organisme gestionnaire indique que cela a été fait. Aucun élément de preuve permettant d'en attester n'a été transmis (photographie du

				matériel fiche de traçabilité mentionnant les contrôles...) **Dans l'attente de la transmission des éléments probants, la prescription N°5 est maintenue.**
6	Concernant le pilotage : - Compléter le projet d'établissement en formalisant un projet spécifique pour l'unité de vie protégée et au fonctionnement de l'hébergement temporaire, ainsi que les modalités de mise en œuvre d'une démarche interne de lutte contre la maltraitance, conformément aux dispositions des articles L 311-8, D 311-38, D 311-38 et suivants et D 312-9 du CASF et est en décalage avec les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS/ANESM : « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social » et Bientraitance et gestion des signaux de maltraitance en établissement - Mise en œuvre en milieu sanitaire, médico-social et social (octobre 2024) - Mettre en place une procédure unique de déclaration des évènements indésirables permettant : - la déclaration par le professionnel ayant constaté l'EI, - la déclaration de tous les EI / EIS à déclaration obligatoire aux autorités administratives compétentes, - de s'assurer de son appropriation et de sa mise	E1 E3	6 mois 1 mois	Concernant la formalisation d'un projet spécifique pour l'UVP et l'hébergement temporaire dans le projet d'établissement, ainsi que les modalités de mise en œuvre d'une démarche interne de lutte contre la maltraitance, l'organisme gestionnaire répond qu'une réflexion est en cours pour une mise en œuvre d'ici la fin de l'année. Concernant la mise en place d'une procédure unique de déclaration des évènements indésirables, et d'un dispositif formalisé et opérationnel de recueil et traitement des réclamations, l'organisme gestionnaire répond que cela a été fait. Concernant la formalisation des modalités permettant d'assurer la continuité de la fonction de direction, l'organisme gestionnaire indique que cela a été fait. Concernant la formalisation des modalités d'organisation de l'astreinte, l'organisme gestionnaire répond que c'est soumis à l'avis du comité social territorial et au vote du conseil d'administration. **Dans l'attente de la transmission des éléments probants, la prescription N°6 est maintenue.**

	en oeuvre par l'ensemble du personnel, conformément aux articles L. 331-8-1, R. 331-8 du CASF et L. 1413-14 du CSP - Mettre en place un dispositif formalisé et opérationnel de recueil, de traitement et d'analyse des réclamations et des doléances des usagers conformément aux bonnes pratiques formulées par la HAS/ANESM qui recommande "de formaliser avec les professionnels les outils les plus pertinents pour le recueil et le suivi des plaintes, des réclamations et évènements indésirables" -Formaliser les modalités permettant d'assurer la continuité de la fonction de direction en cas d'absence de la directrice et s'assurer de leur affichage - Formaliser les modalités d'organisation de l'astreinte et s'assurer de leur affichage	R2 R3 R9	1 mois Immédiat Immédiat	
7	Renforcer la sécurité des locaux en : - Sécurisant par tout moyen l'accès aux escaliers de service - Dégageant les couloirs et organiser le stockage du matériel	E9 E10 E11	Immédiat Immédiat	Concernant la sécurisation des escaliers de service, l'organisme gestionnaire répond qu'un devis est en cours et qu'il sera accompagné d'une demande de CNR. Concernant le dégagement du couloir, l'organisme gestionnaire indique qu'une benne a été louée la journée du 1er septembre. Il n'apporte pas de réponse concernant l'organisation du stockage du matériel. **Dans l'attente de la transmission des éléments probants, la prescription N°7 est maintenue.**

N°	RECOMMANDATIONS	cf. remarques(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
	Je vous recommande de :			
1	Réfléchir aux modalités d'accueil de résidents en hébergement temporaire	R1	3 mois	L'organisme gestionnaire répond que 110 personnes sont sur la liste d'attente et que l'EHPAD subit une pression permanente des hôpitaux et assistantes sociales, pour lesquels il est difficile de bloquer les lits. **Dans l'attente d'une réflexion à mener avec la délégation départementale et le Conseil départemental du Puy-de-Dôme, la recommandation N°1 est maintenue.**
2	Concernant les locaux et le matériel : - Organiser l'entretien et le renouvellement systématiques du mobilier dédié aux résidents - Remédier de façon durable aux problématiques de chauffage - Prévoir un aménagement des locaux permettant de disposer d'une UVP dotée d'un espace de déambulation suffisant - Mettre en place une signalétique lisible et adaptée aux résidents	R11 R14 R12 R13	6 mois 6 mois 6 mois 6 mois	Concernant l'entretien et le renouvellement du mobilier, l'organisme gestionnaire répond qu'un projet de réorganisation avec la création d'un poste de « responsable hébergement » est en cours. Concernant les problématiques de chauffage, l'organisme gestionnaire indique que les travaux pour le chauffage ont été faits et qu'un devis pour la climatisation est en cours, avec une demande de CNR. Concernant l'aménagement des locaux permettant de disposer d'une UVP dotée d'un espace de déambulation suffisant, l'organisme gestionnaire affirme : « contrainte bâtimentaire ». Cette réponse ne peut être considérée comme satisfaisante. Une réflexion sur le positionnement de l'UVP au sein du bâtiment peut être menée avec les services de l'ARS et du Département.

				Concernant la mise en place d'une signalétique adaptée, l'organisme gestionnaire répond qu'un devis est en cours. **Dans l'attente de la transmission des éléments probants, la recommandation N°2 est maintenue.**
3	En matière de protocoles et procédures de soins : Répertorier l'ensemble des protocoles de soins utiles sur l'EHPAD, et développer une démarche de sensibilisation et appropriation par l'ensemble des personnels concernés Ranger le classeur des protocoles dans le bureau des soignants et rendre ces derniers accessibles numériquement Etablir, compléter et/ou mettre à jour les procédures et protocoles suivants : - Procédure relative à la prévention des chutes - Protocole relatif à la contention - Protocole de prévention des escarres - Protocole douleur	R19 R20 R21 R22 R25 R26 R27	Immédiat Immédiat 3 mois	Concernant le répertoire et la démarche d'appropriation des protocoles de soins, l'organisme gestionnaire répond que c'est en cours. Concernant le rangement des protocoles dans le bureau des soignants, l'organisme gestionnaire répond que c'est fait. Il est pris acte de cette information. Concernant leur l'accessibilité numérique, l'organisme gestionnaire indique que c'est en cours. Concernant l'établissement / mise à jour de la procédure relative à la prévention des chutes, l'organisme gestionnaire répond que cela a été fait par l'ergothérapeute. Le protocole n'est pas transmis. Concernant l'établissement / la mise à jour des autres protocoles, l'organisme gestionnaire répond que cela a été fait par le médecin coordonnateur. Les protocoles ne sont pas transmis pour en attester. **Dans l'attente de la transmission des documents probants, la recommandation N°3 est maintenue.**

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