

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes
La Directrice générale

Monsieur le Président
LA CROIX-ROUGE FRANCAISE
98 rue Diderot
75694 PARIS CEDEX 14

Réf.: 2025 PNIEC 38

Lyon, le 13 OCT. 2025

MA 2M 037 7673 3

Objet : LRAR - Notification de décision définitive suite à inspection par les services de l'Agence Régionale de Santé et du Conseil Départemental de l'Ain

PJ : 1 - Mesures correctives définitives

Monsieur le Président,

Une inspection diligentée à notre initiative au titre des articles L. 313-13 du CASF et L. 1421-1, L. 1435-7 et L. 6116-1 du CSP s'est déroulée à l'EHPAD CROIX-ROUGE FRANCAISE BELLEGARDE, les 18, 19 septembre et 22 octobre 2024. Celle-ci a été inscrite dans le programme régional d'inspection, évaluation, contrôle 2024 de la région Auvergne-Rhône-Alpes, en raison notamment de questionnements sur la gouvernance et le pilotage interne et de plusieurs signalements de professionnels et réclamations de familles de résidents.

Au vu de ce constat, nous vous avons enjoint le 10 octobre 2024, en application de l'article L. 313-14 du CASF, et sans attendre la production du rapport d'inspection, de présenter les mesures à mettre en oeuvre pour remédier aux manquements constatés accompagnées d'un échéancier précis de mise en oeuvre afin de :

- Garantir la continuité de la Direction avec une feuille de route détaillée comprenant des objectifs clairs et assortis d'échéances ;
- Résoudre les problèmes techniques concernant l'informatique, afin de garantir la connexion (y compris des tablettes), rendre fonctionnel le logiciel de soins TITAN et régulariser les droits d'accès (incluant la définition des conditions d'attribution et modalités d'ouverture et la traçabilité) ;
- Garantir la sécurité des personnes accueillies, conformément à l'article L.311-3 du CASF par :
 - Une accessibilité sécurisée des locaux de l'ensemble du bâtiment ;
 - Une sécurisation adaptée des locaux du 1^{er} étage du bâtiment, compte-tenu du profil des résidents accueillis (avec des troubles cognitifs) ;

.../...

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).

Département de l'Ain
Direction Générale Adjointe Solidarité
13 avenue de la Victoire - BP 50415 - 01012
BOURG-EN-BRESSE CEDEX
Numéro unique de téléphone : 30.01.

- Une signalétique existante et adaptée ;
 - Un dispositif d'appel malade fonctionnel avec un DECT opérationnel pour le personnel visé ;
 - Une prestation de restauration sécurisée, organisée et maîtrisée ;
 - La présence du personnel de soin et d'accompagnement en nombre suffisant et en continu auprès des résidents.
- Arrêter l'admission de personnes dont l'accompagnement nécessiterait un accueil en unité fermée (UVP).

Par courrier en date du 4 décembre 2024, vous nous avez adressé votre réponse. Nous vous avons notifié par courrier en date du 5 mars dernier le maintien de l'injonction au regard de l'insuffisance des réponses apportées et d'éléments probants et compte-tenu des actions restant à accomplir. Nous vous avons rappelé, dans ce cadre, qu'il vous appartenait de mettre en œuvre l'ensemble de l'injonction émise le 10 octobre 2024, au titre de l'article L. 313-14 du CASF. Dans ce contexte, nous vous demandons de bien vouloir nous indiquer les mesures mises en place à cette date et de nous transmettre les éléments probants en attestant.

Sur la base du rapport établi par la mission, nous vous avons fait parvenir par courrier du 23 juin dernier, les mesures correctives que nous envisagions de prononcer afin de remédier aux non-conformités, manquements et dysfonctionnements constatés.

Vous nous avez transmis votre réponse en retour par courriel le 24 juillet dernier.

Pour la majeure partie des mesures correctives visées, il n'y a pas eu de réponse apportée ou complète, assortie d'éléments probants permettant d'attester la mise en œuvre des actions attendues. Ce constat est particulièrement regrettable et inquiétant, compte-tenu de la gravité des manquements et dysfonctionnements mis en évidence dans le cadre de l'inspection, dont 5 ayant justifié une injonction et 11, une prescription.

Au terme de la procédure contradictoire et après examen approfondi de votre réponse, nous avons donc l'honneur de vous notifier nos 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 et vous attacherez en particulier à :

- Sécuriser la prise en charge des personnes accueillies et garantir la présence de professionnels qualifiés, en nombre suffisant 24h/24h et sur l'ensemble des temps forts de la journée (délai immédiat) ;
- Sécuriser les prescriptions médicamenteuses des résidents en mettant fin à la pratique de retranscription dans le logiciel de soins, maîtriser les risques iatrogéniques, améliorer la gestion et la détention des médicaments stupéfiants et stocker de manière sûre les médicaments (délai immédiat) ;
- Respecter les contrôles d'usage avant toute administration médicamenteuse et s'assurer de la traçabilité de l'administration médicamenteuse pour chaque résident et chaque médicament (délai d'un mois) ;
- Se doter d'un médecin coordonnateur intervenant dans l'établissement et à hauteur de 0,60 ETP, de manière à assurer les missions prévues réglementairement (délai dès que possible).

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

Le suivi de la mise en œuvre des mesures correctives sera effectué par la délégation départementale de l'Ain – Pôle Autonomie et les services du Département de l'Ain.

Il vous revient de leur transmettre l'ensemble des éléments probants nécessaires, à l'issue des différents délais.

.../...

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).

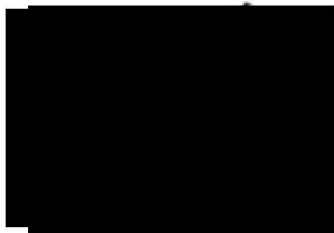
Département de l'Ain
Direction Générale Adjointe Solidarité
13 avenue de la Victoire - BP 50415 - 01012
BOURG-EN-BRESSE CEDEX
Numéro unique de téléphone : 30.01.

La présente décision est susceptible de recours devant le tribunal administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa réception. Cette saisine du tribunal administratif peut se faire par la voie de l'application « Télérecours citoyen » sur le site www.telerecours.fr

Nous vous rappelons enfin que cette décision, accompagnée du rapport d'inspection, fait partie des documents administratifs communicables aux tiers au sens des articles L311-1 et L300-2 du code des relations entre le public et l'administration.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de notre considération distinguée.

La Directrice générale de l'ARS



Pour le Président du Conseil départemental
Le Directeur général adjoint Solidarité



Copie à la Directrice de l'EHPAD (transmise par voie postale et par mail) et à la Directrice territoriale (par mail)

AR 1A 21 087 76740

ANNEXE : MESURES CORRECTIVES

Les mesures correctives 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 à la suite du 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 susceptibles d'affecter la prise en charge des personnes accueillies. Dans le cas où il ne serait pas satisfait aux injonctions dans les délais fixés, l'autorité compétente peut prononcer la mise en œuvre de mesures ou de sanctions dont les natures, les modalités et les procédures de mise en œuvre sont définies par les articles L313-14 et suivants du CASF.

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) mais non fondé sur un texte précis et/ou manquement à 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°	INJONCTIONS définitives	Cf. écart(s) / Remarque(s)	DELAI retenu	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION NOTIFIEE PAR COURRIER ARS/CD01 du 5 mars 2025 ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE (APPORTEE LE 24 JUILLET 2025) ET CONCLUSION DEFINITIVE
	Pour mémoire, nous vous enjoignons de :			Aucun élément probant n'est apporté en réponse sur les mesures prises pour garantir l'arrêt des fermetures arbitraires de l'aile ainsi visée.
1	Garantir l'arrêt des fermetures arbitraires d'une aile du 1^{er} étage (Article L311-3, 1° CASF).	E.M. 3	Immédiat Levé	Injonction maintenue, dans l'attente de sa mise en oeuvre effective et de la transmission d'éléments probants en attestant. En réponse à la procédure contradictoire datée du 24 juillet 2025, il est déclaré que l'aile du 1^{er} étage est ouverte, permettant d'offrir désormais des conditions d'hébergement conformes au CASF. Les chambres répondent aux normes de superficie, de confort et d'accessibilité, avec un mobilier adapté, des sanitaires accessibles et des espaces collectifs rénovés. Il a été transmis en annexe un courriel d'un prestataire, daté du 20 juillet, attestant de la programmation des deux portes de l'UVP afin de les laisser ouvertes. Celles-ci sont en mode libre et ne peuvent être verrouillées. Une attestation de travaux, datée du 24 juillet 2025, assortie d'une facture du 11 mars 2025, est également communiquée, certifiant la pose de ventouses sur 4 portes d'accès extérieures à la structure. L'injonction 1 est donc levée.
2	Résoudre tous les problèmes techniques concernant l'informatique : - Garantir la connexion aux outils (y compris des tablettes), la fonctionnalité du système d'appel malade, du logiciel	E. 2 E.M. 4 E. 20	Immédiat Levé en	Il est pris acte qu'un audit WIFI est en cours de réalisation, permettant de mettre en oeuvre des mesures correctives pour les accès à [REDACTED]. Il est également déclaré l'installation de 2 PC en salles de relèves afin de permettre un accès au logiciel métier, le changement de batteries de DECT, ainsi que l'affichage d'une note demandant à chacun de vérifier que le téléphone est bien positionné

de soins, des téléphones mobiles DECT ; - Régulariser les droits d'accès (incluant la définition des conditions d'attribution et modalités d'ouverture et la traçabilité) et prévoir un accès aux données informatiques, partagé avec tous les professionnels ; Ce point est en lien avec la sécurité des personnes accueillies, au titre de l'article L. 311-3 du CASF.	R.M. 3 R. 15	partie	sur sa base pour être rechargé. A ajouter que sur chacun des trois étages au même endroit va être positionné un téléphone fixe avec accès à une ligne d'urgence et avec les numéros ad'hoc affichés. Il est pris acte de cette déclaration d'intention non assortie d'échéance, tout en s'étonnant que ce correctif ne soit toujours pas mis en œuvre, au vu de sa simplicité. Par ailleurs, l'ensemble du système des DECT va être reconfiguré afin de ne pas bloquer des appels entrants ou sortants pour les appels malades qui restent prioritaires (RDV annoncé le 9 décembre dernier avec l'entreprise prestataire). Force est de constater que cette action, annoncée également sans échéance, n'est donc toujours pas mise en œuvre, alors même que ce besoin de paramétrage mis en évidence lors de l'inspection en septembre 2024 et repris dans l'injonction envisagée en octobre dernier, perdure depuis 5 mois. Il ressort que ces actions, dont la plupart ne sont pas encore effectives, ne permettent pas à elles seules de lever la problématique visée, celle-ci étant beaucoup plus large. La réponse apportée ne correspond donc pas aux attendus, n'étant que très partielle. Injonction maintenue, dans l'attente de sa mise en œuvre effective et de la transmission d'éléments probants en attestant.	En réponse à la procédure contradictoire datée du 24 juillet 2025, il est déclaré qu'une étude de la couverture WI-FI a été réalisée afin de garantir une couverture complète et stable dans tous les secteurs de l'établissement, y compris dans les espaces collectifs et les bureaux administratifs (bon d'intervention transmis). Une facture d'installation du système WI-FI est jointe, attestant de la mise en place du matériel nécessaire (3 bornes WI-FI), pour assurer une connectivité fiable. Il est également précisé qu'une attestation CTR a été délivrée pour les 3 lignes référencées confirmant la conformité des dispositifs de transmission installés et actifs. Une photo de la salle de relève a également été ajoutée, montrant l'ajout de 3 postes informatiques dédiés à la gestion des transmissions, permettant une meilleure fluidité dans les échanges d'information et une
--	---------------------------------------	---------------	---	--

			centralisation des données. Au vu de ces éléments, il est pris donc acte de l'augmentation de la dotation en équipement informatique, de la sectorisation des appels-malades. Toutefois, rien n'est précisé concernant l'amélioration de la fonctionnalité du logiciel de soins ni la régularisation des droits d'accès. Ainsi, au vu des éléments pouvant être levés, l'injonction est réajustée comme suit : - <i>Garantir la fonctionnalité du logiciel de soins ;</i> - <i>Régulariser les droits d'accès des professionnels (incluant la définition des conditions d'attribution et modalités d'ouverture et la traçabilité) aux outils informatiques.</i>
3	Arrêter l'admission des personnes dont l'accompagnement nécessiterait un accueil en unité protégée.	Immédiat Levé R. 27	Il est répondu que cette unité n'est plus existante, tout en ajoutant que la commission d'admission refuse les dossiers comportant des profils liés à une UVP. Injonction maintenue, dans l'attente de sa mise en oeuvre effective et de la transmission d'éléments probants en attestant. En réponse à la procédure contradictoire datée du 24 juillet 2025, il est déclaré que le refus repose sur une analyse médicale et institutionnelle, réalisée en concertation avec l'équipe pluridisciplinaire. Il est pris en compte des éléments tels que la capacité et les spécificités de l'établissement, la sécurité de la prise en charge, ainsi que la conformité au projet d'établissement. A ce titre, un courrier officiel du médecin coordonnateur de l'établissement, daté du 17 mars 2025, atteste son refus systématique, depuis sa prise de poste (décembre 2024), de prendre en charge des personnes dont le dossier ViaTrajectoire note de façon explicite ou non, le besoin d'une UVP, en l'absence de ce type d'unité dans la structure. Cela s'applique aussi aux personnes relevant d'une UPHV. Il y aurait trop de mise en danger de ces profils. La direction de la structure le suit intégralement sur ces décisions.

				L'injonction n°3 est ainsi levée.
4	Garantir la continuité de la Direction : - Formaliser une fiche de poste et/ou une feuille de route au titre de la fonction de la Direction, adaptée à la situation dégradée de la structure, de manière à prioriser les actions à mener ; - Formaliser l'organisation de la continuité de la fonction de direction et les modalités organisationnelles de l'astreinte ; - Stabiliser le poste de direction territoriale et le poste de direction de la structure.	R.M. 2	Immédiat	Il est pris acte que le Directeur de transition actuel (le 2^{ème} occupant le poste en 6 mois) a été positionné à temps plein sur la structure et que la future direction le sera également. Toutefois, l'établissement précise dans sa réponse que la fiche de mission du Directeur transmise en annexe éclaire les objectifs fixés pour cette mission de transition. Force est de constater qu'il n'en est rien puisqu'il s'agit en fait d'une fiche de poste (Cf. intitulé du document) reprenant toutes les missions confiées à un directeur d'EHPAD de l'organisme gestionnaire, en charge d'une structure avec un fonctionnement normal, ce qui n'est pas le cas de l'établissement. Son contenu est le même que la fiche de poste du précédent Directeur de transition, relevée lors des investigations sur site. La réponse apportée sur ce point n'est donc pas satisfaisante. Injonction maintenue, dans l'attente de sa mise en oeuvre effective et de la transmission d'éléments probants en attestant. En réponse à la procédure contradictoire datée du 24 juillet 2025, il est précisé qu'une nouvelle directrice () a été recrutée en CDI en mai 2024. Cette mention est erronée puisqu'il s'agit de mai 2025. De plus, afin d'assurer la continuité de l'encadrement en cas d'absence (maladie, congé, ...), une professionnelle () a été désignée comme Directrice d'appui. Elle vient en soutien des directions opérationnelles pour garantir la stabilité du pilotage et le bon fonctionnement des services (fiche de poste et délégation de pouvoir en PJ). Si cela permet d'acter que la continuité de direction est organisée, elle n'est pour autant pas formalisée, comme attendu. Par ailleurs, aucun autre élément probant n'a été transmis permettant de justifier de la mise en oeuvre des attendus. Au vu de ces éléments, l'injonction n°4 est donc maintenue dans sa globalité.
		R. 3 R. 4	Immédiat	
		R. 1 R. 2	Immédiat	

Garantir la sécurité des personnes accueillies (y compris alimentaire), au titre de l'article L. 311-3 du CASF : - Garantir la présence d'un effectif en personnel suffisant sur les 24h. - Définir un cadre organisationnel et de validation de la qualité nutritionnelle des repas par un professionnel qualifié ; - Mettre à disposition auprès du chef de cuisine des outils informatiques pour assurer la gestion de ses missions ; - Former l'ensemble des professionnels rattachés à la cuisine à la démarche HACCP, afin de garantir le respect des bonnes pratiques d'hygiène et assurer un suivi de la formation à cette démarche ; - Assurer le relevé et le contrôle des températures de l'ensemble des réfrigérateurs et congélateurs de la cuisine ; - Sécuriser l'accès à l'espace vert pour toutes les personnes accueillies et les accès au sous-sol de l'établissement, en particulier pour celles souffrant de troubles cognitifs ; - Adapter la signalétique interne pour permettre aux personnes accueillies, visiteurs et professionnels, de se repérer dans l'établissement.	E.M. 5 E.M. 6 E.M. 6 E.M. 6 E.M. 7 E. 18 E. 19 R. 30	Immédiat Immédiat Immédiat Immédiat Immédiat Immédiat Immédiat Levé en son point 2 Immédiat	Aucune réponse n'est apportée concernant la présence en continue et en effectif suffisant de professionnels dans l'établissement, alors même que ce point constitue un risque majeur pour la sécurité des personnes accueillies et du professionnel en poste. L'établissement indique par ailleurs que la prestation de restauration va faire l'objet d'une externalisation avec le prestataire API, dans le courant du mois de mars 2025, en vue de garantir, selon le gestionnaire, la mise en œuvre et le contrôle des process HACCP. Il est pris acte de cet engagement. Toutefois, aucune réponse n'est fournie concernant : 1/ L'absence de relevé et de contrôle des températures des équipements réfrigérés ; 2/ L'absence de cadre organisationnel défini et de soutien de la direction et du gestionnaire, avec notamment une gestion budgétaire non cadrée, un process des commandes inexistant, l'absence d'avis diététique pour la composition des menus, l'absence d'accompagnement et la non mise à disposition d'outils informatiques pour le cuisinier faisant office, un affichage des menus manuscrit, donc inadapté. Ainsi, la réponse très partielle apportée au titre de la sécurité alimentaire des personnes démontre que les risques graves encourus ne sont pas pris en compte dans leur totalité, alors même que ces dysfonctionnements majeurs requièrent la mise en œuvre d'actions correctives sans délai. Concernant la sécurisation des locaux, il est précisé en réponse que les ascenseurs vont être équipés d'un système de badgeage empêchant les résidents et les familles d'accéder au -1, avec un RDV programmé le 9 décembre 2024, avec plusieurs sociétés prestataires. Il est pris acte de cette déclaration d'intention non échéancée. Concernant la signalétique interne, il est indiqué qu'un travail est engagé et qu'un audit sur le circuit était prévu le 9 décembre 2024,
---	---	--	--

			en présence de la Directrice des soins nationale, devant aboutir à un plan d'action qui permettra la réaffectation de locaux et la mise en œuvre de la dénomination précise de tous les locaux avec un affichage clair sur chaque porte. Cette réponse est insatisfaisante, puisque l'adaptation de la signalétique interne n'a aucun lien avec le circuit du médicament, ces deux points relevant d'une gestion distincte. Injonction maintenue pour l'ensemble des points visés, dans l'attente de sa mise en œuvre effective et de la transmission d'éléments probants en attestant. En réponse à la procédure contradictoire en date du 24 juillet 2025, l'établissement a transmis plusieurs éléments. Concernant l'injonction visant à « garantir la présence d'un effectif en personnel suffisant sur les 24h », les documents communiqués sont les suivants : - Un document intitulé « Journée type des professionnels – organisation par roulement », rédigé sur papier libre en réponse à l'injonction. Ce document précise les horaires d'arrivée et de départ des professionnels de soins. D'après cette organisation décrite par la Direction, les horaires auraient été ajustés afin d'assurer une présence suffisante entre 6h30 et 7h30. Toutefois, aucun élément de preuve n'a été transmis permettant d'en attester. Aussi, il est indiqué qu'un seul professionnel de nuit serait présent sur l'établissement entre 20h30 et 21h. - Un planning mensuel type, présenté par la direction comme « détaillant l'organisation des soins et de l'hébergement avec une couverture continue sur l'ensemble des étages ». Ce document ne comporte cependant que les plannings de juillet 2025 pour les équipes « ASH » et « SOINS JOUR », sans aucun code horaire. Il ne permet donc pas de démontrer une présence continue et en nombre suffisant de professionnels au sein de l'établissement. En conclusion, les éléments transmis ne permettent pas de justifier
--	--	--	--

			la mise en œuvre effective des attendus. Les dysfonctionnements relevés lors de l'inspection demeurent non résolus à la date de la réponse de l'établissement. Pour rappel, il avait été constaté lors de l'inspection que « la présence fréquente et régulière d'un seul professionnel pour l'ensemble de la structure à certaines heures de la journée (entre 6h30 et 7h30 et entre 20h45 et 21h) représente un risque majeur pour la sécurité des personnes accueillies et du professionnel en poste, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L311-3 du CASF ». Concernant la restauration, il est indiqué que depuis l'inspection sur site, un partenariat a été établi avec l'entreprise [REDACTED] prenant en charge l'organisation des repas (préparation, distribution, service, Cf. courriel de confirmation de ce partenariat joint, précisant les modalités d'intervention de la société [REDACTED], le suivi de la nutrition des résidents, en lien avec les équipes médicales, ainsi que la formation des agents à l'HACCP et aux règles d'hygiène alimentaire (en PJ, attestation de suivi de formation avec l'émargement d'un seul salarié et non pas, comme attendu, de l'ensemble des professionnels concernés, donc l'alinéa 3 est maintenu). Par ailleurs, concernant l'accès au sous-sol, il est précisé l'installation du contrôle d'accès des deux ascenseurs, ce qui permet de lever partiellement l'alinéa 5. Cet alinéa est donc reformulé comme suit : Sécuriser l'accès à l'espace vert pour toutes les personnes accueillies. Au vu de ces éléments, l'injonction n°5 est maintenue pour tous ses alinéas, hormis le 5^{ème}, reformulé comme ci-dessus.
--	--	--	---

N°	PRESCRIPTIONS	Cf. remarque(s)	DELAI retenu	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
1	Concernant la gestion des risques, des crises et des incidents graves : - Rendre opérationnel le dispositif de			Au terme de la réponse à la procédure contradictoire, datée du 24

médicamenteuse des résidents : - Renforcer le management de la qualité, la gestion des risques et les vigilances conformément aux dispositions réglementaires en vigueur (CASF L.312-8, D.312-158 ; arrêté du 5.09.2011) ; - Acculturer le personnel à la déclaration des événements indésirables, à leur analyse et gestion ; - Sécuriser les prescriptions médicamenteuses des personnes âgées et maîtriser les risques iatrogéniques ;	E. 24 à 26, E.28 R. 55 à 57, R. 60, R. 65, R. 76 E. 27 R. 58, R. 59 E. 29 R. 61 à R. 63	6 mois	photos ont certes été transmises, mais elles ne permettent pas en elles-mêmes d'attester la mise en œuvre des actions attendues. Pour cette raison, la prescription n°2 est maintenue dans son ensemble.
Concernant la détention des produits de santé au sein de l'EHPAD : - Améliorer la gestion et la détention des médicaments stupéfiants (CSP R.5132-80) ; - Stocker de façon sûre les médicaments, y compris ceux qui sont thermosensibles (CSP R.4312-39) ; - Equiper le chariot d'urgence d'une bouteille d'O² médical.	E.M. 8 E. 35, E. 36 R. 64 R. 65	Immédiat	
Concernant la préparation des traitements et leur administration aux résidents : - Mettre en place les mesures nécessaires à l'identitovigilance et la garantie du respect des péremptions après ouverture des flacons médicamenteux ;	R. 66 à R. 69	1 mois	

	- Respecter les contrôles d'usage avant toute administration médicamenteuse (CSP R.6132-3) ; - S'assurer de la traçabilité de l'administration médicamenteuse pour chaque patient et chaque médicament ; - Protocoller la collaboration IDE-AS (CSP R.4311-4) et s'assurer de son appropriation par les personnels concernés (IDE et AS) ; - S'assurer que l'écrasement des comprimés n'est effectué qu'immédiatement avant leur administration et séparément. Concernant le partenariat officiel : - S'assurer que les résidents conservent le libre choix de leur pharmacien et que celui-ci respecte les obligations d'impressions sur les ordonnances et d'alimentation du dossier pharmaceutique (CSP L.1110-8 & 23, L.5126-10, R.5132-6) ; - Transmettre la convention à la CPAM (article 5126-10 du CSP).	E. 38, R. 70 R. 71, R. 72 E. 37 R. 38 R. 73 E. 32 E. 33 E. 31	1 mois	
3	Mettre en place un registre des entrées et sorties des personnes accueillies, conformément à l'article L. 331-2 du CASF.	E. 1	Immédiat	La Direction indique que cette action est réalisée (tenue à jour d'un registre des entrées et sorties des résidents via le logiciel professionnel [REDACTED] gérée par la secrétaire d'accueil) et annonce la transmission d'une photo (capture d'écran illustrant le dispositif en place et sa mise en œuvre opérationnelle). Elle ajoute que ce registre permet de garantir une traçabilité précise et continue des mouvements dans l'établissement, tant en admission qu'en sortie définitive ou temporaire (hospitalisation, retour familial, etc.). Chaque enregistrement comprend notamment : l'identité du

				résident, la date des entrées et sorties, le mouvement éventuel de la sortie, le service ou l'unité d'accompagnement. Cet outil sécurisé est accessible aux professionnels habilités et permet d'alimenter également les tableaux de bord de pilotage de l'établissement. La capture d'écran fournie ne permet pas d'attester la mise en place du registre attendu puisqu'elle fait état, pour une date donnée (24 juillet 2025), des anniversaires du mois, des rendez-vous des résidents et activités à venir pour cette journée, ainsi que des indicateurs : taux d'occupation, nombre de résidents et nombre de résidents présents à cette date. Pour cette raison, la prescription n°3 est donc maintenue, dans l'attente de la transmission des éléments probants.
4	Concernant les documents institutionnels suivants : - Compléter le projet d'établissement, de manière à tenir compte des exigences réglementaires (articles L. 311-8 et D. 311-38-3 du CASF), ainsi que le règlement de fonctionnement (article R. 311-37-1 du CASF) ; - Elaborer un livret d'accueil propre à l'établissement et le mettre à disposition de tous (professionnels internes et externes, résidents et familles, bénévoles, stagiaires, etc.).	E. 3 E. 4 R. 20	3 mois 3 mois 6 mois	En l'absence de réponse apportée sur ce point, la prescription n°4 est donc maintenue dans sa globalité.
5	Concernant la communication institutionnelle : - Réaliser chaque année une enquête de satisfaction des résidents ; Afficher les résultats de cette enquête	E. 5 E. 6	2025 3 mois	

dans l'espace d'accueil de l'établissement ; Les porter à la connaissance du CVS pour examen (article D311-15 du CASF). - Garantir un fonctionnement du CVS, conforme aux attendus réglementaires (articles L311-6 et D311-3 et suivants du CASF). - Améliorer significativement la communication interne, en instaurant des moments d'échanges, avec les professionnels/les équipes, réguliers et sur des temps identifiés et connus de tous et en formalisant systématiquement les compte-rendus/relevés de conclusion de ces échanges, afin d'assurer la traçabilité des échanges, avis et d'informer des décisions prises.	R. 6	Immédiat	Aucune réponse n'est apportée par la Direction sur ce point. Cet alinéa est donc maintenu. De même. Cet alinéa est donc maintenu. La Direction déclare cette action comme réalisée. Dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la coordination, l'établissement a mis en place une série de réunions hebdomadaire structurées avec des équipes de service : - Réunion hebdomadaire avec l'équipe soins ; - Présence systématique aux transmissions ; - Réunion hebdomadaire avec l'équipe hébergement et vie sociale ; - Point hebdomadaire avec la société [REDACTED] ; - Réunion de comité de direction (CODIR). Elle indique que ces différents temps de coordination permettent d'assurer une gouvernance réactive et collégiale autour de la prise en charge des résidents et du bon fonctionnement de l'établissement. Il est pris acte de la mise en place de temps d'échanges réguliers et identifiés par les professionnels. A noter qu'aucun élément probant n'est transmis, en vue d'attester la formalisation systématique de comptes-rendus/relevés de conclusion de ces échanges. Cet alinéa est donc reformulé comme suit : <i>Formaliser systématiquement les compte-rendus/relevés de conclusion de ces échanges, afin d'assurer la traçabilité des échanges, avis et d'informer des décisions prises.</i> La prescription n°5 est donc maintenue dans ses alinéas 1 et 2 et
---	--------------------	-----------------	--

				modifiée dans son alinéa 3, comme ci-dessus.
6	Concernant la promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance : - Etablir un protocole opérationnel de lutte contre la maltraitance, permettant d'engager rapidement un traitement adapté à la gravité des faits en cas de maltraitance supposée ou avérée - Engager une réflexion institutionnelle, formaliser la politique en la matière et assurer la diffusion en continu d'une culture commune et partagée avec tous les professionnels ; - Prévoir des actions de formation en lien avec cette thématique et les spécificités des personnes accompagnées, en référence aux RBPP de l'ANESM/HAS de juin 2008.	E. 7	3 mois	Aucune réponse n'est apportée par la Direction sur ces points. La prescription n°6 est donc maintenue dans son ensemble.
		R. 7	6 mois	
		R. 8 R. 17	Dès que possible (au plus tard au titre du plan de formation 2026)	
7	Concernant l'admission des résidents : - Prévoir systématiquement de solliciter l'avis de la Direction pour prendre la décision relative à l'admission d'un nouveau résident ; - Elaborer un contrat de séjour pour chaque personne accueillie,	E. 12	Immédiat	Dans sa réponse, l'établissement a transmis le contrat de séjour type et indique que « Dans le cadre de l'accueil, chaque famille de futur résident est reçue de manière personnalisée par un membre de l'équipe ». La version transmise par l'établissement du contrat de séjour type, datée d'octobre 2023, avait été consultée par la mission d'inspection et n'avait fait l'objet d'aucun commentaire.
		E. 13	Immédiat	Aucun élément probant ne vient ainsi justifier de la mise en œuvre

	définissant les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement et détaillant la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel, en référence à l'article L311-4 du CASF ; - Faire signer le contrat de séjour par le résident ou sa famille, dans le mois qui suit l'admission (article D311 III du CASF) ; - Formaliser dans un avenant au contrat de séjour, les objectifs et les prestations adaptées à la personne accueillie, dans le délai maximum de six mois après l'accueil de la personne dans la structure, et le réactualiser chaque année (article D311 du CASF) ; - Formaliser une procédure d'admission afin de garantir de sa mise en œuvre effective et automatique.	E. 14 E. 17 R. 21	Immédiat 6 mois 1 mois	effective des attendus. La prescription n°7 est maintenue dans l'ensemble de ses dispositions.
8	Concernant le projet d'accueil et d'accompagnement (PAA) : 1/ - Elaborer systématiquement pour chaque résident un PAA (article 311-3 du CASF), en incluant les souhaits et attentes du résident et de ses proches, et les observations des professionnels, en	E. 15 R. 26	6 mois	L'établissement déclare que les projets d'accueil et d'accompagnement sont élaborés, suivis et archivés conformément aux exigences réglementaires, sur le logiciel métier [REDACTED] et construits avec les parties prenantes (personne accueillie, entourage et professionnels). A ce titre, il est transmis une capture d'écran du

référence aux RBPP de l'ANESM/HAS « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » de décembre 2008 ; - Rechercher systématiquement la participation directe de la personne prise en charge, et le cas échéant de sa personne de confiance, à la conception et à la mise en œuvre du PAA la concernant (articles L311-3 et D312-155-0 du CASF) ; - Prendre en compte et valoriser dans le PAA les observations/analyses et propositions de chaque professionnel en lien avec le résident, en référence aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM/HAS « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » de décembre 2008 ; - Assurer sa mise à jour et son évaluation en équipe pluridisciplinaire en lien avec la personne accueillie, de manière périodique et au besoin (article 311-3 du CASF) ; 2/ Décliner et formaliser le processus de réalisation des PAA et garantir son appropriation et sa mise en œuvre par l'ensemble des professionnels concernés ; 3/ Prévoir un tableau de synthèse de suivi de l'état de réalisation et de réévaluation des PAA, en vue de planifier, pour chaque partie prenante, les étapes de construction, de mise en œuvre et	E. 16	6 mois	« Tableau de bord des indicateurs ESMS » extraite du logiciel métier indiquant que 88,51% des dossiers usagers informatisés (DUI) ouverts dans le logiciel ont un projet personnalisé, ce qui n'est pas suffisant pour juger de la réalisation de tout ou partie des attendus.
	R. 24	6 mois	
	E. 15	6 mois	
	R. 22	3 mois	
	R. 23	3 mois	

	d'évaluation de chaque projet ; 4/ Déployer en interne un référent pour chaque PAA, en charge de coordonner son élaboration et sa mise en œuvre, notamment de suivre l'avancée des objectifs et de s'assurer que l'accompagnement et les prestations restent adaptés à l'évolution de la situation de la personne, en référence aux RBPP de l'ANESM/HAS « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » de décembre 2008.	R. 25	3 mois	Aucun élément probant ne vient ainsi justifier de la mise en œuvre effective des attendus. La prescription n°8 est maintenue dans l'ensemble de ses dispositions.
	Sécuriser la prise en charge des soins, en veillant à : - Mettre fin à la pratique de retranscription des prescriptions dans le logiciel de soins, pour éviter tout risque d'erreur médicamenteuse ; - Se doter d'un médecin coordonnateur intervenant dans l'établissement et à hauteur de 0,60 ETP, conformément à l'article D.312-156 du CASF, de manière à assurer les missions prévues réglementairement (article D.312-158-7 du CASF) ; - Mettre en place une organisation des plannings qui permette d'assurer la continuité des soins, avec des effectifs AS qualifiés, stables et en nombre suffisant (y compris la nuit, au moins une par binôme) et limiter le recours au personnel faisant fonction d'aides-soignants, non diplômés et non qualifiés, conformément aux articles L. 311-3 et	E. 23 E. 22 E. 21 E. 8 E. 9	Immédiat Dès que possible Immédiat	L'établissement n'apporte pas de réponse sur ce point. L'établissement n'a pas apporté d'éléments justifiant de la présence d'un médecin coordonnateur au sein de l'établissement à hauteur de 0.60 ETP. Ce point est maintenu, en l'absence d'éléments probants satisfaisants.

9

	L. 312-1 II du CASF ; - Assurer une vérification régulière du casier judiciaire des personnels, afin de garantir les aptitudes des personnels à exercer auprès des personnes vulnérables (article L. 133-6 du CASF) et garantir sa traçabilité ; - Etablir une convention de partenariat avec la structure des urgences de Saint-Julien-en-Genevois pour définir les modalités de communication avant transfert, prévoir la possibilité d'admission directe en médecine ou en gériatrie et préciser les documents à fournir (article D.312-155-0 5° du CASF).	E. 10	Immédiat Levé	La Direction fait part de son engagement de demander à l'ensemble du personnel de fournir un extrait de C3JN (bulletin n°3) afin de garantir la conformité aux obligations réglementaires et la sécurité des personnes accueillies (Cf. document joint en annexe, courrier de demande de transmission, daté du 15 mai 2025). Cela étant, il conviendra d'assurer la traçabilité de vérification du C3JN des professionnels. Ce point est levé. Contrairement à ce qu'il déclare, l'établissement n'a pas communiqué de convention avec la structure des urgences du CH de St-Julien-en-Genevois.
		E. 24	2025	La prescription n°9 est levée dans son alinéa 4 et maintenue pour les autres alinéas, en l'absence de réponse apportée et d'éléments probants transmis.
10	Transmettre à l'ordre national des infirmiers la liste du personnel infirmier (Cf. article D3411-52-2 du CSP).	E. 11	Immédiat	L'établissement déclare que cette action a été réalisée pour les deux professionnels concernés. En l'absence de transmission d'éléments probants, la prescription n°10 est maintenue.
11	Concernant l'accompagnement des résidents : 1/ Garantir la présence de professionnels qualifiés et en nombre suffisant durant le temps des repas, afin d'apporter une aide confortable et adaptée pour les résidents ; 2/ Prévoir le rapprochement de l'EHPAD avec l'ADAPEI pour la mise en œuvre de la	R.M. 4	Immédiat	1/ Le document intitulé « Journée type des professionnels - organisation par roulement », transmis par l'établissement, indique que le dîner débute à 18h00 et que les premiers AS et ASH arrivés à 7h30 terminent leur service à 18h30. Les plannings de juillet 2025 pour les équipes « ASH » et « SOINS JOUR » transmis par l'établissement ne comportent aucun code horaire.
		R.M. 1 R.M. 5	Dès que possible Levé	À ce jour, aucun élément n'a été fourni par l'établissement permettant de justifier une nouvelle organisation susceptible de répondre aux attendus et de lever le dysfonctionnement constaté

	convention conclue en 2016 portant sur la mise à disposition de l'équipe mobile d'accompagnement médico-social dédiée aux adultes handicapés mentaux dépendants.		lors de l'inspection. Pour mémoire, le dysfonctionnement constaté lors de l'inspection (R.M.4) relevait que la présence fréquente d'un seul professionnel ASD sur un étage à partir de 18h30, pendant une partie du repas, ne permettait pas de garantir une aide suffisante, confortable et adaptée aux besoins des résidents. Le point 1/ de la prescription 11 est donc maintenu. 2/ En lien avec la suppression de l'UVP, ce point n'apparaît plus pertinent, donc celui-ci est levé. La prescription n°11 est donc maintenue dans son point 1 et levée dans son point 2.
--	---	--	---

N°	RECOMMANDATIONS	Cf. remarque(s)	DELAI retenu	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
	Nous vous recommandons de :			
1	Actualiser l'organigramme de l'établissement et améliorer sa lisibilité, en présentant les postes avec la quotité de travail, les liens hiérarchiques et éventuels liens fonctionnels, de manière à permettre la visualisation de l'organisation.	R. 5	Immédiat Levé	La Direction a joint un nouvel organigramme. Celui-ci, non daté, n'indique pas la quotité de travail des postes ni la nature des liens (hiérarchiques et/ou fonctionnels). Il en est pris acte. La recommandation n°1 est levée.
2	Concernant la gestion et le pilotage des ressources humaines : - Réduire le recours à l'intérim et stabiliser l'effectif global en personnel - Elaborer une fiche de poste personnalisée, nominative pour chaque professionnel (y compris le médecin coordonnateur) et signée de l'intéressé ; - Assurer le suivi d'indicateurs clés (absentéisme, turn-over, ...), de manière à l'utiliser comme outil stratégique et pertinent d'analyse et de pilotage des ressources humaines, et de repérer ainsi les difficultés et	R. 13 R. 16 R. 36 R. 12	Immédiat 6 mois 2025	La Direction indique concernant l'alinéa 1 que le recours à l'intérim est limité uniquement aux IDE. Il est pris acte de cette déclaration. Toutefois, au vu du contexte particulièrement difficile que l'établissement a connu antérieurement, l'alinéa 1 est maintenu dans sa globalité. Au regard de l'absence de réponse apportée sur les autres points, ceux-ci sont maintenus.

	d'engager les actions correctives nécessaires ; - Instaurer un dispositif d'entretien annuel d'évaluation, en référence aux RBPP de l'HAS//ANESM de décembre 2008 ; - Prévoir systématiquement un bilan annuel des formations suivies par les professionnels de la structure ; - Mettre en place un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles, conformément aux RBPP de la HAS//ANESM de décembre 2008 et octobre 2024.	R. 14	2025	La recommandation n°2 est maintenue dans son ensemble.
3	Améliorer la prestation d'entretien pour garantir la propreté de l'établissement.	R. 31	Immédiat	Aucun élément n'a été transmis justifiant de la mise en œuvre des attendus. La recommandation n°3 est maintenue.
4	Concernant la restauration : - Assurer systématiquement chaque jour la distribution d'un goûter à l'ensemble des résidents ; - Mettre en place systématiquement un menu de substitution, y compris en cas d'aversion, conformément aux recommandations de bonnes pratiques du ministère des affaires sociales et de la santé ; - Instaurer une commission des menus, afin d'ajuster les plats proposés au regard des souhaits des résidents.	R. 32 R. 33 R. 34	Immédiat Immédiat 1 mois	Aucun élément n'a été transmis justifiant de la mise en œuvre des attendus. La recommandation n°4 est maintenue.

5	Concernant la gestion et le suivi des contentions physiques passives : - Actualiser le protocole de mise sous contention en lien avec les RBPP et s'assurer de son appropriation par les professionnels concernés ; - Mettre en place des outils, en vue d'assurer le suivi des résidents sous contentions physiques, en veillant à la réévaluation (régulière et en pluridisciplinarité) et à la mise à jour des prescriptions médicales.	R. 28	1 mois	L'établissement n'a pas communiqué de protocole actualisé, contrairement à ce qu'il déclare. Ce point est donc maintenu.
		R. 29	1 mois	L'établissement a joint une photo d'un classeur intitulé "ordonnance contention" sans plus d'élément. Ce point est donc maintenu.
				La recommandation n°5 est maintenue, en l'absence de transmission des éléments probants attendus.
6	Concernant la prise en charge médicale et soignante : - Mettre en place un DLU opérationnel (synthétique et adapté) permettant de guider le médecin régulateur du Centre 15, ainsi que le médecin urgentiste qui accueille un résident aux urgences ; - Prévoir une procédure relative à la constitution et à la gestion du DLU ; - Travailler avec l'IDEC, les IDE et les médecins intervenant dans la structure sur l'organisation optimale du travail conjoint IDE – médecins traitants et médecin coordinateur ; - Revoir l'organisation du temps de travail infirmier, de manière à permettre un travail en commun sur la prise en charge ou le plan de soins	R.M. 6	1 mois	Point maintenu. Le DLU communiqué par l'établissement, comportant 21 pages, apparaît mal structuré, mélangeant ce qui relève des habitudes de vie et des éléments médicaux nécessaires à l'urgentiste ou au médecin régulateur du Centre 15.
		R. 49	1 mois	Ce point est maintenu, étant donné que la procédure communiquée porte sur l'édition du DLU.
		R. 35	Immédiat	L'établissement n'a pas communiqué d'éléments attestant de ce travail. Ce point est donc maintenu.
				L'établissement n'a pas communiqué d'éléments attestant d'une

- des résidents ; - Etablir de véritables projets de soin et veiller à leur complétude ; - Formaliser une procédure relative à l'élaboration, le suivi et la réévaluation des projets de soins ; - Formaliser un protocole ou une procédure relative à l'élaboration et la réévaluation des plans de soins ; - Etablir un planning des douches pour chaque résident et tracer sa mise en œuvre dans le dossier de soins ; - Etablir un plan de change pour chaque résident et organiser la traçabilité de sa mise en œuvre dans le dossier de soins ; - Formaliser un protocole organisant le suivi des poids des résidents de manière précise et conforme aux RBPP (une fois par mois) ; - Formaliser un protocole organisant la prévention de la dénutrition et de la déshydratation des résidents ; - Optimiser la gestion et l'archivage des dossiers médicaux des résidents, en les rendant disponibles dans la salle de soin ; - Protocoliser le traitement des résultats de laboratoire et tracer sa mise en œuvre dans le logiciel de soins ; - Protocoliser et communiquer l'organisation des transmissions avec l'ensemble du personnel soignant et à chaque nouveau salarié soignant ; - Actualiser les protocoles d'urgence et	R. 37	3 mois	nouvelle organisation du temps de travail infirmier. Ce point est donc maintenu.
	R. 39	3 mois	Ce point, ainsi que les points suivants sont maintenus, en l'absence de transmission d'éléments attestant de ce travail.
	R. 40	1 mois	
	R. 41	1 mois	
	R. 42	Immédiat	
	R. 43	Immédiat	
	R. 44	1 mois	
	R. 45	1 mois	
	R. 46	Immédiat	
	R. 47	1 mois	

de soins au nouvel environnement, les communiquer au personnel soignant et mettre en place les modalités de communication pour les nouveaux salariés ; - Faire valider les protocoles de soins par le médecin coordonnateur ; - Protocoliser l'organisation des soins bucco-dentaires et la prise en charge des soins bucco-dentaires par un chirurgien-dentiste ; - Assurer la traçabilité de ces soins dans le logiciel de soin ; - Réviser le protocole de prévention des escarres en précisant les modalités d'évaluation du risque d'escarre (qui, quand, comment) et l'organisation des soins en cas d'escarre.	R. 48	1 mois	La recommandation n°6 est maintenue dans son intégralité, dans l'attente de la réalisation des actions visées, assortie de la transmission des éléments probants.
-	R. 50	1 mois	
-	R. 51	Dès leur disponibilité (2025)	
	R. 52	1 mois	
	Idem	1 mois	
	R. 53	1 mois	