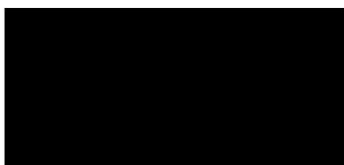


La délégation départementale
du Rhône et de la Métropole de Lyon



ITINOVA
Monsieur le Président
Tour de la Part-Dieu
129 rue Servient
69003 Lyon

Lyon, le - 8 OCT. 2025

Objet : Notification de décision définitive suite à inspection par les services de l'Agence Régionale de Santé et de la Métropole de Lyon

LRAR 4A18D 272 6428 2

PJ : 1 Mesures correctives définitives

Monsieur le Président,

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 Cardinal Maurin le 11 Décembre 2024 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, nous vous avons fait parvenir par courrier du 21 Mai 2025 les mesures correctives que nous envisagions de prononcer afin de remédier aux non-conformités, carences et dysfonctionnements constatés.

Vous nous avez transmis votre réponse en retour par courrier électronique en date du 23 Juin dernier.

Nous notons tout d'abord que vous n'avez pas formulé d'observations quant aux constats de la mission. Le rapport qui vous a été transmis le 21 Mai 2025 est donc inchangé.

Nous prenons acte de l'ensemble des éléments de réponse que vous nous avez apportés pour remédier aux dysfonctionnements objectivés et des engagements formulés dans le cadre de la procédure contradictoire.

Au terme de la procédure contradictoire, nous avons l'honneur de vous notifier notre décision définitive dont vous trouverez le détail dans le tableau figurant en annexe.

Vous veillerez à mettre en œuvre l'ensemble des mesures correctives dans les délais prescrits qui courent à réception de la présente décision et vous attacherez en particulier à nous transmettre les éléments de preuve sur :

- La sécurisation des bâtiments,
- L'organisation mise en place pour la réduction du temps de réponse à l'appel-malade,
- La mise à disposition du matériel médical pour la prise en charge des situations d'urgence.

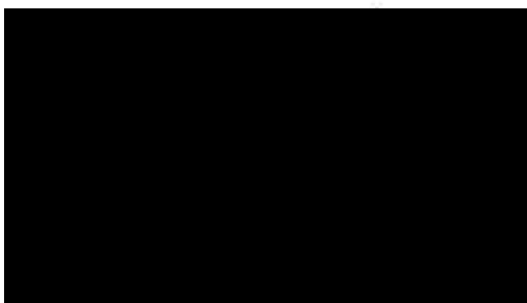
En outre, nous vous invitons vivement à présenter les conclusions de ce rapport ainsi que les mesures notifiées au conseil d'administration et au prochain conseil de la vie sociale de l'établissement.

Le suivi de la mise en œuvre des mesures correctives sera effectué conjointement par la délégation départementale du Rhône et de la Métropole de Lyon de l'ARS et les services de la Métropole de Lyon. Vous veillerez à leur transmettre l'ensemble des éléments probants attestant de la mise en œuvre des actions correctives dans les délais impartis.

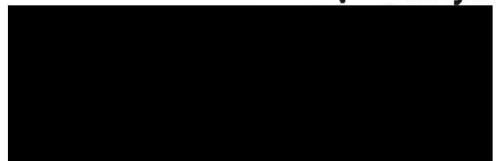
La présente décision est susceptible de recours devant le tribunal administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa réception. Cette saisine du tribunal administratif peut se faire par la voie de l'application «Télérecours citoyen» sur le site www.telerecours.fr

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.



Pour le Président de la Métropole de Lyon,



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 REPOSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
1	Mettre à jour le projet d'établissement et veiller à le présenter aux différentes instances (art. L.311-8 et D311-8 CASF).	E1	6 mois	L'établissement déclare que le projet d'établissement est en cours de finalisation et a produit, à l'appui de sa réponse, le compte-rendu des derniers COPIL (en date du 06/03/2025, 26/03/2025, 13/05/2025) ainsi que le planning des groupes de travail. En conséquence, la prescription n°1 est maintenue dans l'attente de la transmission définitive du projet d'établissement, validé par les instances.
2	Veiller à la signature des comptes-rendus des CVS par le Président du CVS (art. D311-20 CASF).	E2	3 mois	L'établissement a pris bonne note de la prescription et indique qu'à ce jour, les PV des CVS seront signés par le Président En conséquence, la prescription n°2 est maintenue dans l'attente de transmission du prochain compte-rendu de CVS.
3	Développer une véritable politique de gestion du risque en : - Procédant à la déclaration de tous les EIG/EIGS obligatoire aux autorités administratives compétentes conformément aux articles L. 331-8-1, R. 331-8 du CASF et L. 1413-14 du CSP	E3	immédiate	L'établissement a transmis les fiches de déclarations d'événements indésirables graves des 08.01.2025/20.03.2025/10.06.2025. Ces fiches ont bien été réceptionnées par l'ARS et la Métropole de Lyon.

	- Formalisant le traitement et l'analyse des réclamations 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 événements indésirables".	R2	Immédiat	La procédure des réclamations et l'enquête de satisfaction ont été fournis. La prescription n°3 est donc levée.
4	Garantir, pour tous les résidents accompagnés, une réponse individualisée et adaptée à leurs besoins et à l'exercice de leurs droits en : - Désignant un référent pour chaque résident	R11	6 mois	L'établissement a transmis : - La liste des soignants / référents - La fiche de mission du professionnel référent Par conséquent, la mesure relative à la remarque R11 est levée.
	- Réalisant des projets d'accompagnement personnalisé comprenant un projet de soin et un projet de vie réévalué annuellement Conformément à article. L. 311-3 et D. 312-155-0 du CASF et aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS / ANESM « Les attentes de la personne et le projet personnalisé décembre 2008 »).	E10	12 mois	L'établissement a transmis la liste des PAP à la date du 17.07.25. Sur les 85 résidents présents, 56 PAP ont été réalisés en 2025, 26 PAP en 2024 et 2 PAP en 2023. La prescription n° 4 est donc levée.
5	Sécuriser la gestion des ressources humaines pour assurer une prise en charge de qualité et sécurisée des résidents en : - Formalisant une procédure dédiée expressément aux personnels remplaçants	E4	immédiat	L'établissement a transmis : - La procédure de prise de poste d'un remplaçant - Le livret d'accueil d'un nouveau salarié en CDD - La liste des missions d'un nouveau salarié en CDI et CDD long

			En conséquence, la mesure relative à l'écart n° E4 est : - levée pour la procédure de prise de poste d'un remplaçant - levée pour la liste des missions d'un nouveau salarié en CDI et CDD long - partiellement levée pour la transmission du livret d'accueil d'un nouveau salarié. Il est demandé l'inscription de la date de mise à jour du document et la suppression des différents codes d'accès à l'établissement (page 10) et mots de passe (page 11)
- Procéder à l'affichage des coordonnées des personnels d'encadrement assurant la continuité de direction de l'établissement en cas d'incapacité du directeur à intervenir	R3	#####	L'établissement a transmis des photos, preuve de l'affichage de la procédure d'astreinte à côté du planning d'astreinte comportant les numéros des cadres du siège pour la continuité de direction, si nécessaire. La mesure relative à la remarque R3 est donc levée.
- S'assurant de la qualification diplômante des personnels intervenant la nuit	E5	#####	Les diplômes des ASD intervenues la nuit en Décembre 2024 et sur les 7 premiers mois de 2025 ont été transmis. La mesure relative à l'écart E5 est donc levée.
- Procédant à la mise à jour des fiches de missions des IDEC, IDE et ASD	R4	3 mois	L'établissement a transmis la fiche de poste de l'IDEC signée. En revanche : - La fiche de poste IDE Référent est à créer - La fiche de poste de l'IDE et celle de l'ASD sont à personnaliser (temps de travail) La mesure relative à la remarque R4 est partiellement levée.

	- Anticipant la gestion des plannings en mode dégradé pour éviter tout risque désorganisation mettant en risque les résidents	R5	immédiat	L'établissement a transmis la fiche de gestion des plannings des AS en mode dégradé en cas de forte absence du personnel. La mesure relative à la remarque R5 est donc levée.
	- Précisant le numéro principal et secondaire de contact du directeur sur les documents d'affichage	R6	immédiat	L'établissement a transmis la procédure d'astreinte avec une mise à jour du numéro de contact du directeur ; le dispositif IDE de nuit ainsi que les numéros d'urgence ont été intégrés. La mesure relative aux remarques R6 et R7 sont donc levées.
	- Intégrant le dispositif IDE de Nuit sur la procédure des astreintes	R7	1 mois	La mesure relative aux remarques R6 et R7 sont donc levées.
	- Sensibilisant le personnel à l'accompagnement des personnes vulnérables et la prévention de la maltraitance par la proposition de formation ad hoc dans le plan de formation	R8	6 mois	L'établissement a transmis : - Le plan de formation 2025 : il inclut 42 heures de formation à la Bientraitance réalisées de février à juin 2025, dispensées par ASP Formation à l'attention des 24 ASD et 1 IDE - Le planning des temps de sensibilisation par le médecin coordonnateur ; la séance du mois de février 2025 était consacrée à la Bientraitance La mesure relative à la remarque R8 est donc levée.
	- Mettant en œuvre un dispositif de soutien professionnel	R9	6 mois	L'établissement a transmis la convention signée en mars 2025 avec une intervenante en analyse de la pratique professionnelle [REDACTED] ainsi que les listes d'émargements des 2 premiers groupes d'ASD participantes ; Groupe 1 du 21.05.25 : 6 ASD et Groupe 2 du 28.05.25 : 6 autres ASD. La convention est conclue pour 8 mois et prendra fin le 31.12.25. La mesure relative à la remarque R9 est donc levée.

6	Formaliser des conventions avec des établissements de santé pour assurer la prise en charge des résidents dans le cadre de l'urgence et des hospitalisations programmées (art. D. 312-158 et D. 312-155-0 5 CASF) Veiller à la signature des conventions partenariales avec les HCL et l'HAD	E6	6 mois	Le directeur de l'établissement indique que des échanges sont en cours avec l'Hôpital Lyon Sud pour formaliser une convention. En conséquence la mesure relative à l'écart E6 est maintenue. La convention HAD signée avec l'Association Soins et Santé en date du 5 avril 2024 a été transmise. La mesure relative à la remarque R20 est donc levée
7	Transmettre aux autorités de tutelle les levées des réserves émises dans le rapport de visite de la commission sécurité (Art. L.311-3 CASF, Art. L. 122-3 code de la construction et de l'habitation).	E7	Immédiat	Les documents justifiant les levées des réserves émises dans le rapport de visite de la commission sécurité n'ont pas été transmis. En conséquence la mesure relative à l'écart E7 est maintenue.
8	Garantir la sécurité des résidents par la surveillance des entrées et des sorties, en sécurisant les accès à l'établissement ; l'accès aux escaliers et à l'ensemble des locaux et lieux de de stockage sauvage des lève-personnes (L311-3 du CASF).	E8 ; R1 ; R10	Immédiat	L'établissement a transmis des photos preuve de l'installation des barrières de sécurité au niveau de chaque escalier des différents bâtis. Par ailleurs, le directeur indique que : - les portes d'accès de l'établissement sont toutes sécurisées : code pour la porte de sortie principale, les autres portes donnant sur des lieux sécurisés par un portail fermé (bip ou digicode), ce qui n'a pas été vérifié le jour de l'inspection - la sécurisation des placards reste à réaliser - un projet architectural est en cours de réflexion et les travaux permettront d'assurer l'intimité des couloirs des résidents au 1^{er} étage face à l'accueil - le bâtiment manque d'espaces de stockage à

				proximité des lieux de change des résidents. Pour une bonne utilisation de ce matériel, il semble difficile de les stocker ailleurs précisant que 37 chambres sont équipées de rails permettant de limiter la présence de lève-personnes dans les couloirs. En conséquence, les mesures relatives à l'écart E8, R1 et R10 sont maintenues dans l'attente de réalisation de tous les travaux de sécurisation et de leur vérification par une visite des lieux.
9	Mettre en place une organisation permettant de réduire le temps de réponse à l'appel malade afin d'assurer la sécurité des résidents, conformément à l'article L. 311-3 du CASF.	E9	Immédiat	L'établissement n'a pas apporté de réponse sur l'organisation mise en place au sein de l'établissement pour réduire le temps de réponse à l'appel-malade. En conséquence la mesure relative à l'écart E9 est maintenue.
10	Mettre en place une collation nocturne proposée de manière systématique à l'ensemble des résidents (annexe 2-3-1 du CASF)	E11	Immédiat	L'établissement indique dans sa réponse avoir institué dans la fiche de poste des ASD de nuit une collation nocturne à 20h30. Il n'indique pas cependant si cette collation est systématiquement proposée à tous les résidents et ne donne aucune autre explication sur la déclinaison opérationnelle de cette mesure nouvelle. En conséquence, la mesure relative à l'écart E11 est maintenue jusqu'à la fourniture d'éléments d'explication plus détaillés par l'établissement.

11	Formaliser les différentes conduites à tenir (CAT) relatif à la gestion des urgences vitales (fausses route, ACR, perte de connaissance, dyspnée, crise convulsive etc...) (art. L. 311-3 du CASF) Procéder à la validation des CAT et leur appropriation par le personnel soignant	E12, R18, R21	2 mois	L'établissement déclare mettre à disposition le document « gérer 20 situations d'urgence », qui n'a cependant pas été fourni à la mission et indique que les autres protocoles sont en cours de signature en interne En conséquence, la prescription n°11 est maintenue jusqu'à réception des documents définitifs
12	Recruter un médecin coordonnateur physiquement présent sur site et disposant d'un temps de présence réglementaire (art. D312-155-CASF et décret n°2022-731 du 27 avril 2022).	E13, R17	6 mois	L'établissement indique publier régulièrement une offre d'emploi sur le site ITINOVA et sur INDEED et n'avoir recueilli aucune candidature fructueuse. En conséquence, la prescription n°12 est maintenue jusqu'au recrutement d'un médecin coordonnateur.
13	Procéder à la mise à disposition de l'ensemble du matériel médical adapté pour la prise en charge des situations d'urgence pour garantir la sécurité des résidents (art. L. 311-3 et D. 344-5-6-4 du CASF).	E 14	Immédiat	L'établissement n'a pas répondu précisément sur ce point. En conséquence, la prescription n°13 est maintenue jusqu'à réception des éléments probants.

N°	RECOMMANDATIONS	Cf. remarque(s)	DELA	ANALYSE DE LA REPOSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
	Nous vous recommandons de :			
1	Compléter les plans de soins en veillant en apportant les détails nécessaires pour éviter toutes confusions de tâches entre les professionnels	R12	2 mois	L'établissement fournit en retour des exemples précis de plans de soins détaillés, et précise que les spécificités liées aux résidents sont indiquées si nécessaire. Il indique également que les allergies ne sont saisies que pour les résidents concernés. Il précise enfin qu'il n'y a pas de confusion possible des plannings des ES (généralisé automatiquement par le logiciel mais non utilisé en interne) avec celui des AS. En conséquence, la recommandation n°1 est levée.
2	Formaliser le plan d'organisation des douches	R13	2 mois	L'établissement indique que les plans de douches sont présents dans les classeurs d'organisation de soins et sur chaque chariot d'étage. En conséquence, la recommandation n°2 est levée.
3	Détailler la planification des changes et des accompagnements aux toilettes au vue de maintenir une continence même partielle et afin d'avoir des horaires concordants entre ces 2 actes.	R14	1 mois	L'établissement a adressé à la mission le plan de changes demandé, celui du fournisseur de protections [REDACTED] mentionnant les accompagnements aux toilettes, ainsi que le

			plan de changes issu de [REDACTED] avec les précisions concernant les accompagnements aux toilettes (qui n'avaient pas été extrait lors de la visite d'inspection)
			En conséquence, la recommandation n°3 est levée.
4		R15 ; R16	L'établissement produit une attestation confirmant que la rédaction des menus [REDACTED] est réalisée par une diététicienne. L'établissement indique que les menus sont conformes aux affichages. Il explique qu'un oubli de produits laitiers ou fromage a dû avoir lieu le jour de l'inspection sur un plateau et précise enfin qu'un cuisinier est toujours présent lors de la distribution des repas pour pallier tout oubli. En conséquence, la recommandation n°4 est levée
5		R19	L'établissement indique dans sa réponse que des staffs « contentions » ont lieu 1 fois par mois en équipe pluridisciplinaire avec la présence du médecin de MedCo Conseil. Il fournit également à la mission une liste des contentions en place, issue du logiciel [REDACTED] avec motifs, types et dates de

				renouvellement.
				En conséquence, la recommandation n°5 est levée.
				L'établissement indique que la liste des médicaments du stock tampon et celle du stock d'urgence sont disponibles sur Excel. Cependant, selon l'établissement, la traçabilité en direct se fait sur papier par praticité et gain de temps car l'informatisation de ce suivi lui semble compliquée à mettre en place actuellement, car cela augmente la charge de travail sur des postes en tension.
				La mission avait cependant relevé que la saisie des dates de péremption et des contenances est exclusivement manuscrite, raturée et peu lisible, source d'erreurs. Considérant qu'il ne s'agit pas d'une tâche quotidienne mais mensuelle, ne constituant donc pas une charge de travail excessive, la recommandation d'amélioration de la traçabilité des contrôles réguliers de la composition et des dates de péremption du matériel médical et des médicaments de l'urgence est maintenue.
				En conséquence, la recommandation n°6 est maintenue.
6	Garantir le suivi rigoureux et régulier du matériel médical et des médicaments contenus dans le sac d'urgence par une retranscription informatisée	R22	Immédiat	

