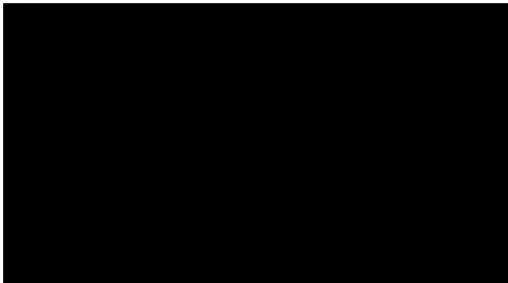


L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes  
La direction générale



Réf. : PMIEC

La Métropole de Lyon

Monsieur le président  
De la SAS LES JARDINS DE CRECY  
3 Chemin des Esses  
69370 SAINT-DIDIER-AU-MONT-D'OR

Lyon, le 13 NOV. 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 1A16196014813

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 PAUL ELUARD à SAINT-DIDIER-AU-MONT-D'OR les 5 et 6 novembre 2024, au titre de l'orientation nationale de contrôle des EHPAD 2022 – 2024.

Sans attendre la transmission du rapport d'inspection, les constats de la mission ont mis en évidence des conditions d'installation, d'organisation et de fonctionnement de l'établissement qui présentaient des risques susceptibles d'affecter la prise en charge des personnes accueillies, portant sur la sécurisation des locaux et le fonctionnement du pôle d'activités et de soins adaptés (PASA). Aussi, par courrier du 6 janvier 2025, nous vous avons enjoint de remédier à ces dysfonctionnements et d'apporter les éléments justificatifs attestant de la mise en œuvre des mesures correctives attendues. Vous avez répondu par courrier reçu le 29 janvier 2025. Au vu des éléments apportés l'injonction a été levée, sous réserve du recrutement effectif de 0.20 ETP d'ergothérapeute, conformément à votre engagement. Cependant la convention signée en mai 2025 avec un ergothérapeute libéral, à laquelle vous faites référence dans la procédure contradictoire (indiquée en pièce jointe n° 27), ne figure pas dans les documents justificatifs apportés. La convention et les modalités de son intervention devront être communiqués aux autorités de contrôle.

Sur la base du rapport établi par la mission, nous vous avons fait parvenir par courrier du 26 mai 2025 les mesures correctives que nous envisagions de prononcer afin de remédier aux non-conformités et

dysfonctionnements constatés.

Vous nous avez transmis votre réponse en retour par courrier du 18 juillet 2025, signé du directeur de l'établissement.

Nous prenons acte des engagements formulés dans le cadre de la procédure contradictoire.

Au terme de la procédure contradictoire et après examen approfondi de votre réponse, nous avons l'honneur de vous notifier nos décisions définitives, dont vous trouverez le détail dans le tableau figurant en annexe.

La quasi-totalité des mesures sont reconduites, soit en l'absence de communication d'éléments justificatifs, soit étant en cours de réalisation, soit s'inscrivant dans la durée.

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

**La prescription portant sur la stabilisation de la direction de l'établissement fera l'objet d'un suivi particulier, puisqu'elle conditionne la réalisation de nombreuses mesures restant à mettre en œuvre. A défaut de mise en œuvre dans le délai d'un an, nous pourrions être amenés à formuler une injonction conformément à l'article L. 313-14 du Code de l'action sociale et des familles, pouvant conduire, à défaut de mise en œuvre satisfaisante, à des suites administratives lourdes telles qu'énoncées au même article.**

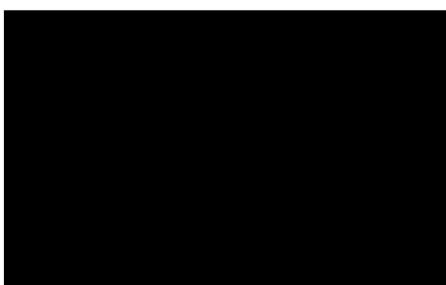
En outre, nous vous invitons vivement à présenter les conclusions de ce rapport ainsi que les mesures notifiées au conseil d'administration et au prochain conseil de la vie sociale de l'établissement.

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 « Télerecours citoyen » sur le site [www.telerecours.fr](http://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 L. 311-1 et L. 300-2 du code des relations entre le public et l'administration.

Nous vous prions d'agrérer, Monsieur le président, l'assurance de notre considération distinguée.

La Directrice Générale  
de l'ARS Auvergne Rhône-Alpes



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
	Nous vous demandons de :			
Sur la sécurité des résidents				
1	<p>Assurer une réponse rapide aux appels-malades des résidents afin de veiller à leur sécurité et leur confort (article L. 311-3 du CASF).</p> <p>Garantir l'application de la procédure ad hoc.</p> <p>Assurer un suivi hebdomadaire des réponses aux appels et mettre en œuvre les actions correctrices éventuelles.</p>	E majeur 3  R25	Immédiat et sur la durée	<p>L'établissement a transmis des tableaux de surveillance du fonctionnement des appels malades (de janvier à juin 2025). Il indique avoir sensibilisé les équipes soignantes lors des relèves, et organisé un contrôle hebdomadaire par l'IDEC du délai de réponse aux sonnettes. Aucun élément justificatif n'est apporté sur ces deux derniers points, en particulier sur une diminution des temps de réponse aux sonnettes.</p> <p><b>La prescription s'inscrivant sur la durée, est maintenue.</b></p>
2	<p>Sécuriser les risques liés aux locaux (article L. 311-3 du CASF), en particulier :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fermer la porte de l'infirmérie principale du 1<sup>er</sup> étage ;</li> <li>• Veiller au bon fonctionnement du système de fermeture des unités de vie protégée.</li> <li>• Garantir la formation régulière de tous les professionnels au risque incendie.</li> </ul>	E19 – E20  R23	En 2025 et sur la durée	<p>Un rappel aux IDE de veiller à fermer la porte de l'infirmérie en cas d'absence a été affiché sur celle-ci (photo).</p> <p>Il est indiqué que la Société Agesca est intervenue pour le réglage de la porte de l'UVP (dernière intervention en juin 2025), mais réponse claire sur la fonctionnalité des digicodes sur les portes des UVP.</p> <p>Selon les fiches de présence, des formations au risque incendie ont été organisées en 2025 (3 séances pour 28 agents).</p> <p><b>Sous réserve de la fermeture effective de l'accès à l'infirmérie, le premier point de la mesure est levé.</b></p> <p><b>La sécurisation de l'UVP et la formation du personnels au risque incendie s'inscrivant sur la durée, sont maintenues.</b></p>
3	<p>Pour la gestion des situations d'urgence et la sécurisation des prises en charge (article L. 311-3 du CASF) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Compléter, au-delà du protocole général prévoyant l'appel au 15, les protocoles spécifiques sur les conduites à tenir en cas</li> </ul>	E26 – R43  R24	1 mois	<p>L'établissement a produit, en réponse, un document de procédure intitulé « conduite à tenir en cas d'urgence vitale », actualisé à la date du 15/07/2025 et validé par l'IDEC et le médecin coordinateur, bien qu'il ne soit pas signé. Cette procédure résume de façon claire et synthétique la conduite à suivre en cas d'urgence vitale (les situations d'urgence vitale étant définies et listées) au-delà du seul appel au médecin ou au 15.</p> <p><b>Il est cependant attendu de l'établissement, dans la durée, la rédaction</b></p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>d'urgence vitale ;</li> <li>• Compléter et actualiser les dossiers de liaison d'urgence ;</li> <li>• Assurer une prévention du risque suicidaire, en particulier par la sécurisation des locaux potentiellement à risque, un repérage et un suivi des actions nécessaires (communication entre professionnels, suivi du plan d'actions).</li> </ul>		Immédiat et sur la durée	<p>de protocoles spécifiques de prise en charge des urgences vitales par grand type de fonction (arrêt cardio-respiratoire, détresse respiratoire, dyspnée aigüe, pertes de connaissance, crise convulsive, troubles neurologiques, hémorragies etc...).</p> <p>Si les dossiers de liaison d'urgence issus du logiciel de soins [REDACTED] ont été actualisés aux dires de l'établissement, et que le personnel soignant a été formé à leur édition, l'EHPAD n'indique pas les mesures prises pour que les dossiers médicaux soient régulièrement alimentés par les observations cliniques permettant la mise à jour en temps réel du DLU.</p> <p>S'agissant du risque suicidaire, l'établissement a fourni une simple liste nominative de résidents considérés comme à risque, sans aucune indication sur le contenu du plan d'actions et la nature des accompagnements individuels à mettre en place. L'établissement indique enfin que la formation des équipes au repérage du risque suicidaire n'a pas encore été effectuée. Il n'apporte pas de réponse claire sur les éléments de sécurisation des locaux tels que la sécurisation des fenêtres.</p> <p><b>En conséquence, la prescription est maintenue.</b></p>
--	--	--	--------------------------	--

#### Sur la gouvernance

4	<p><b>Mettre fin au turn-over des directeurs afin d'assurer une stabilité de la gouvernance et permettre de réaliser et suivre les projets à moyen et long terme.</b></p> <p>Sur les documents institutionnels en particulier :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Compléter le projet d'établissement sur les points cités dans le rapport (articles L. 311-8 et D. 311-38-3 du CASF) ;</li> <li>• Compléter et actualiser le règlement de fonctionnement <ul style="list-style-type: none"> <li>- sur l'accueil de jour et l'accueil</li> </ul> </li> </ul>	R majeure1  E4  E1 - E2 – E3 – E10	Immédiat et sur la durée  4 mois	<p>L'instabilité de la gouvernance reste problématique : après 4 changements de direction en 2024, deux nouveaux directeurs se sont déjà succédé en 2025 : [REDACTED] qui a pris son poste le 05/11/2024 a quitté ses fonctions fin janvier 2025. Son successeur [REDACTED] embauché en mars 2025 a mis fin à sa période d'essai et est remplacé depuis septembre 2025 par une nouvelle directrice [REDACTED].</p> <p>Aucun élément de réponse n'est apporté sur cette fragilité du pilotage, si ce n'est la transmission du diplôme et du DUD de [REDACTED] qui n'est déjà plus en poste. Cette situation a des conséquences critiques sur l'ensemble du fonctionnement institutionnel. Cela ne permet aucun suivi des dossiers sur la durée, impacte la sécurité et la qualité de la</p>
---	---	--	--	--

	<p>temporaire (articles R. 311-33 et D. 312-9-11 du CASF),</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sur les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles (article R. 311-35 du CASF),</li> <li>- sur la facturation des prestations (Annexe 2-3-1 du CASF).</li> </ul>		<p><b>prise en charge des résidents, les relations avec les familles et la qualité de vie au travail des professionnels. Au-delà d'éventuels choix personnels de directeurs, la fréquence de ce turn-over montre que les conditions permettant d'assurer une gouvernance stable ne sont pas remplies.</b></p> <p>Un rétroplanning a été présenté pour l'actualisation du projet d'établissement et du règlement de fonctionnement, à échéance de septembre/octobre 2025.</p> <p><b>La prescription est maintenue.</b></p>
5	<p>Veiller au fonctionnement du CVS en conformité à la réglementation, sur les points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Des réunions régulières et au moins trois fois par an (article D. 311-16 du CASF) ;</li> <li>• Le nombre et les modalités d'élection des personnes accueillies, de leur famille ou de leurs représentants légaux (articles D. 311-5 et D. 311-10 du CASF) ;</li> <li>• L'information sur le DUD (article D. 312-176-5 du CASF) ;</li> <li>• L'information trimestrielle sur le suivi des réclamations, conformément à la procédure de gestion des réclamations.</li> </ul>	<b>E5 – E6 – E7</b> <b>R12</b>	<p>3 mois et sur la durée</p> <p>Au vu des comptes rendus transmis, 4 réunions du CVS ont été organisées de janvier à juin 2025. Il est tenu compte de la mise en œuvre de cette mesure, qui s'inscrit cependant sur la durée.</p> <p>Seules les élections des représentants des familles ont eu lieu en avril 2025 (procès-verbal transmis). Celles des représentants des personnes accueillies et des représentants des salariés restent à organiser.</p> <p>Rien n'apparaît dans les comptes rendus du CVS au titre de l'information sur le DUD.</p> <p>L'information du CVS sur les réclamations et les événements indésirables (EI) a été faite au CVS du mois de juin. Outre qu'elle n'est pas trimestrielle comme le prévoit la procédure, il est à noter que les éléments transmis, sur les EI et les mesures apportées sont minimalistes et ne permettent pas une véritable information des résidents et des familles sur les problématiques et les actions mises en place. Exemple sur les fiches d'EI : « Soins 15 fiches, RH 8 fiches, Restauration 4 fiches, Facturation-Maintenance-Linge 3 fiches » / « Plan d'actions : renforcer la communication auprès des familles par l'IDEC ou MEDEC ». Si des tableaux détaillés des EI et réclamations ont été communiqués dans le cadre de la procédure contradictoire, rien n'indique au vu du compte rendu de la séance de juin qu'ils aient été transmis au CVS, permettant à celui-ci d'avoir une information réellement transparente.</p>

				<b>La prescription est maintenue.</b>
<b>Sur la politique Qualité Gestion des Risques</b>				
<b>6</b>	Améliorer et fiabiliser la politique QGDR sur les aspects suivants :			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formaliser un plan d'amélioration continue de la qualité, intégrant notamment les mesures à mener dans le cadre de cette inspection ;</li> <li>• Assurer le suivi de sa mise en œuvre ;</li> <li>• Alimenter régulièrement les actions à mener compte tenu des différentes sources (projet d'établissement, évaluations, audits, EI, réclamations...).</li> </ul>	R majeure 2	1 mois et sur la durée	<p>Un plan d'actions a été transmis sur différentes thématiques (général, organisation, dénutrition/nutrition, urgence, hygiène et sécurité, circuit du médicament, contention, chute, fugue, escarre/pansement, informatisation /dossier de soins, soins palliatifs et fin de vie, risque de suicide, douleur, DASRI. L'avancée de la mise en œuvre est matérialisée par un code couleur, avec un suivi tous les 2 mois de janvier à juillet 2025.</p> <p><b>La mesure est mise en œuvre et doit être poursuivie et complétée régulièrement des nouvelles améliorations à apporter.</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Répondre à l'obligation de signalement des EIG et EIGS aux autorités, en conformité avec la réglementation : articles L. 331-8, R. 331-8 et suivants du CASF, R. 1413-67 et suivants du CSP (sans oublier les chutes ayant des conséquences graves) ;</li> <li>• Revoir le protocole « Conduite à tenir en cas de maltraitance » sur ces modalités de signalements externes - Cf : site de l'ARS <a href="#">Événements indésirables : traitement des déclarations et accompagnement des professionnels par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes   Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes</a> ;</li> <li>• Améliorer le dispositif de recueil, analyse,</li> </ul>	E9 - E12 – E27  R majeure 3  R27	Immédiat et sur la durée	<p>Il n'est pas apporté de réponse sur le rappel à l'obligation de signalement des EIG aux autorités.</p> <p>Le protocole transmis « CAT en cas de maltraitance » date dans sa dernière mise à jour du 12/04/2024, soit à une date antérieure à l'inspection. Il n'a pas été retravaillé et ne répond pas à la demande. Exemple : « signalement à l'ARS et la Métropole par mail et par LRAR », alors que le lien pour informer sur la procédure ad hoc a été transmis ci-joint. La démarche n'a pas été travaillée, en particulier sur la base des recommandations de la HAS d'octobre 2024 « Bientraitance et gestion des signaux de maltraitance en établissement ». Ces mêmes remarques avaient déjà été faites dans le rapport d'inspection. De manière générale, le protocole de gestion des événements indésirables (englobant les EIG, dont les signalements de maltraitance) reste à établir, en précisant les modalités de recueil, analyse, traitement, suivi et les modalités de signalement externes.</p>

			<p>traitement et suivi des EI (exhaustivité du recueil, effectivité des échanges en CODIR et COVIRIS, méthodologie d'analyse et d'évaluation de la criticité, traçabilité des suites données, retour au déclarant, sensibilisation des salariés).</p>		<p>Un tableau détaillé de suivi des fiches d'EI (EIG de 2024 non clôturés et EI sur les 4 premiers mois de 2025) est formalisé, retracant : date d'émission, processus impliqué, description synthétique, conséquences immédiates, gravité constatée de l'événement selon les indices de la SHAM, gravité potentielle de l'événement selon l'analyse en COVIRIS, mesures immédiates, responsable du suivi, réponse apportée, date de clôture). Ce tableau permet un suivi des signalements. Il doit être complété de l'indication du retour fait au professionnel déclarant.</p> <p>Le compte rendu du COVIRIS du 16/05/2025 a été communiqué. Il est noté que la périodicité n'est pas satisfaisante et que les EI / EIG sont par ailleurs à aborder systématiquement en CODIR hebdomadaire (le compte rendu du CODIR du 08/07/ 2025 a été transmis à l'appui). Aucune indication n'est faite sur la méthodologie d'analyse des événements ou d'évaluation de la criticité.</p> <p>Des informations sur des formations « Bientraitance, éthique et soins » sont apportés (cf. infra) mais aucune indication n'est donnée sur la sensibilisation des professionnels sur la démarche de signalement et la procédure.</p> <p><b>La mise en œuvre de la mesure est incomplète.</b></p>
		R majeure 4	Améliorer le dispositif de recueil, analyse, traitement et suivi des réclamations (exhaustivité du recueil, de l'analyse et du suivi).	Immédiat et sur la durée	<p>L'établissement a indiqué mettre à disposition des FEI et réclamations à l'accueil, cependant l'annexe 17 (photo) mentionnée en réponse n'a pas été transmise.</p> <p>Un tableau de suivi a été transmis (de janvier à mi-mai 2025) précisant les éléments suivants : famille, date, processus impliqué, événement concerné, mesures immédiates, date de réponse, réponse apportée, clôture.</p> <p>L'établissement indique suivre les mêmes modalités que pour les EI : traitement en CODIR hebdomadaire et repris en COVIRIS.</p> <p>Il est noté à la lecture du compte rendu du COVIRIS du mois de juin que pour les 22 réclamations reçues au 30/06/2025, l'ensemble des familles réclamantes ont été contactées et/ou rencontrées.</p>

			<b>La mise en œuvre de la mesure est satisfaisante et doit être poursuivie sur la durée.</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Développer la politique de prévention de la maltraitance : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en œuvre les actions suite à l'évaluation HAS (critères impératifs en particulier) ;</li> <li>- Harmoniser les protocoles en matière de lutte contre la maltraitance ;</li> <li>- Réunir les temps d'échanges prévus sur cette thématique (réunion éthique annuelle, comités bientraitance...) ;</li> <li>- Réaliser des formations sur la prévention de la maltraitance ;</li> <li>- Mettre en place des temps d'échanges et d'analyse des pratiques professionnelles conformément aux recommandations du guide HAS 2024 (Bientraitance et gestion des signaux de maltraitance en établissements) ;</li> <li>- Assurer une vigilance sur les pratiques des salariés auprès des résidents.</li> </ul> </li> </ul>	R8 – R9 – R10 – R11 – R22	4 mois et sur la durée	<p>La réponse n'apporte aucun élément sur les actions à mener suite à l'évaluation HAS au titre des critères impératifs (auto-évaluation Bientraitance à réaliser, formalisation d'un plan d'actions, mise à jour du protocole Promotion de la bientraitance et prévention de la maltraitance, actualisation du volet Bientraitance du Projet d'Etablissement. Le plan d'actions Qualité transmis n'en fait pas mention.</p> <p>L'établissement a renvoyé les protocoles déjà examinés par la mission lors de l'inspection : « Lutte contre la maltraitance » du 25/03/2024 et « CAT en cas de maltraitance » du 12/04/2024 (cf. observations supra).</p> <p>Il indique que la Commission ETHIQUE et le Comité ETHIQUE sont à planifier sur dernier quadrimestre 2025.</p> <p>Il est noté une formation envisagée « Bientraitance, éthique et soins », pour 6 à 12 participants le 16/04/2025 (convention avec un organisme de formation du 18/03/2025). Des temps de formation des équipes sont prévus également de juillet à octobre 2025, réalisés par l'IDEC, la psychologue ou le MEDEC (respect des droits et libertés, accueil du résident et de sa famille, communication bienveillante, accompagnement sur les soins quotidiens, accompagnement fin de vie et soins palliatifs).</p> <p>Au-delà des formations envisagées, des temps d'échanges et d'analyse des pratiques professionnelles ne sont pas évoqués.</p> <p>Une évaluation des pratiques professionnelles reste à réaliser selon le plan d'actions Qualité transmis.</p> <p><b>La mise en œuvre de la mesure est incomplète.</b></p>

	Compléter, finaliser le Plan Bleu et le soumettre à validation des instances (articles L. 311-8 et R. 311-38-1 du CASF).	E11	4 mois	<p>Le plan bleu a été actualisé en date du 16/05/2025 (version pdf). Cependant le document n'est pas signé. La même remarque est faite sur le PCA (il s'agit en fait une annexe relative aux numéros utiles). Le document vise une convention avec les Hospices civils de Lyon datée du 01/01/2009 (non transmise). Ce point rejoint la prescription 18 (convention à actualiser).</p> <p><b>La mise en œuvre de la mesure est incomplète.</b></p>
				<b>Au vu de l'ensemble des éléments développés ci-dessus sur la politique Qualité Gestion des Risques, la prescription est maintenue.</b>
7	<p>Améliorer la communication avec les familles et représentants des résidents, notamment par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une information systématique des arrivées/départs des directeurs et cadres ;</li> <li>• Une meilleure visibilité du CVS de son rôle et son fonctionnement ;</li> <li>• Un affichage des résultats de la dernière enquête de satisfaction (article D. 311-15 du CASF).</li> </ul>	E8 R3 – R7	Immédiat et sur la durée	<p>Il n'est pas apporté d'élément sur les modalités d'information des familles sur les arrivées/départs des directeurs, qui justifierait, compte tenu de l'instabilité et des questionnements/réclamations des familles une réunion d'information ou un courrier du gestionnaire.</p> <p>La réponse mentionne un tableau affichage « CVS » et la création d'une adresse courriel spécifique pour les familles.</p> <p>Les résultats de la dernière enquête de satisfaction (2024) ont été affichés (photo), présentée également au CVS (compte rendu).</p> <p><b>La prescription est maintenue.</b></p>
<b>Sur la gestion des ressources humaines</b>				
8	<p>Renforcer la qualification des professionnels intervenants auprès des résidents, en particulier AS / AMP, conformément aux articles L. 312-1 II du CASF et L. 4394- du CSP.</p> <p>Le gestionnaire devra justifier des démarches actives menées en ce sens, y compris dans le cadre de la</p>	E majeur 1 R17	Immédiat et sur la durée	<p>2 contrats apprentissage aide-soignant ont été signés en 2025 (document transmis).</p> <p>2 autres agents étaient engagés dans une VAE (non validée au vu des éléments communiqués). Il est noté suite à cela le courrier de la direction pour recadrer les fonctions de l'agent (ASH sans dimension soins).</p> <p>Le plan de formation 2026 maintient ces objectifs avec 1 agent en VAE AS et 2 en contrat d'alternance AS.</p> <p>L'organigramme de juillet 2025 montre 9 agents non qualifiés sur des</p>

	professionnalisation.  En lien avec cette mesure, réduire les glissements de tâches entre AS et ASH, et veiller à mobiliser les AS/AMP qualifiés prioritairement sur les missions d'accompagnement et de soins aux résidents.			fonctions d'AS en journée et 2 la nuit.  <b>La prescription est maintenue.</b>
9	Réduire le turn-over du personnel, notamment aide-soignant, afin de sécuriser les prises en charge des résidents (article L. 311-3 du CASF).	E majeur 2	Immédiat et sur la durée	L'établissement indique s'engager dans la diminution de l'absentéisme par recrutement d'agents en CDI (des offres de recrutement IDE et ASDE sont jointes).  <b>La prescription s'inscrivant sur la durée est maintenue.</b>
10	Conforter la présence du personnel paramédical auprès des résidents, en particulier par le respect de l'organisation cible (article L. 311-3 du CASF) :  <ul style="list-style-type: none"> <li>• En journée : 1 AS qualifié par unité d'hébergement, 2 en UVP ;</li> <li>• La nuit : 2 AS (+ 1 ASH), avec une présence spécifique sur les UVP ;</li> <li>• Assurer une visibilité du temps d'ergothérapeute au tableau des effectifs et veiller à son recrutement.</li> </ul>	E16  R13 – R18  R35	3 mois et sur la durée	L'établissement a adressé des plannings, précisant la présence de 9 soignants, dont 4 sur les UVP. Il est pris acte de l'engagement de la structure, qui a la responsabilité d'assurer une prise en charge permanente des résidents.  Dans sa réponse, l'établissement fait référence à une convention avec un ergothérapeute libéral signée en mai 2025. Cependant l'annexe 27 citée ne figure pas dans les documents communiqués.  <b>La prescription s'inscrivant sur la durée est maintenue.</b>
11	Organiser les temps de pause des professionnels dans les unités pour garantir une surveillance constante des résidents (article L. 311-3 du CASF).	E17	1 mois	Le compte rendu du CSE du 01/07/2025 prévoit une étude pour l'harmonisation des amplitudes, en concertation avec les soignants, notamment pour la gestion des temps de pause dans l'intérêt de l'accompagnement des résidents. La nouvelle trame sera soumise au CSE pour avis en septembre.  <b>Dans l'attente, la prescription est maintenue.</b>
12	Communiquer les diplômes manquants concernant les agents AS/AMP/AES (article L. 312-1 II du CASF).	E13		L'établissement a adressé de nombreux diplômes de professionnels AS, AMP. Il relève de la responsabilité de l'établissement de s'assurer de la qualification des professionnels soignants embauchés. Ce point peut

				faire l'objet d'un futur contrôle.  <b>Sous réserve de la poursuite de cet engagement sur la durée, la prescription est levée.</b>
13	Compléter les dossiers des personnels des pièces manquantes suivantes : <ul style="list-style-type: none"><li>• Vérification des bulletins n° 2 des casiers judiciaires (article L. 133-6 du CASF) ;</li><li>• Inscription à l'ordre des infirmiers des IDE (article D. 4311-52-2 du CSP) ;</li><li>• Diplômes,</li><li>• Contrats de travail ;</li><li>• Fiches de poste</li></ul>	E14 – E15 R14 – R16	3 mois	La démarche pour l'inscription à l'ordre des infirmiers a été faite (justificatif transmis). L'établissement indique que l'actualisation des dossiers des salariés reste à finaliser. Un protocole (non daté) en précise le contenu. Un mail a notamment été fait auprès des professionnels pour la communication de l'extrait de casier judiciaire.  <b>Dans l'attente, la prescription est maintenue.</b>
<b>Sur la prise en charge des résidents, et le soin en particulier</b>				
14	Etablir un projet d'accompagnement personnalisé actualisé pour tous les résidents comprenant un projet de soin et un projet de vie, afin de garantir une réponse individualisée, adaptée à leurs besoins et l'exercice de leurs droits, conformément aux articles 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 ».  Dans le cadre de cette mesure : identifier un professionnel référent pour chaque résident de l'EHPAD afin de veiller à ses besoins, assurer le relais entre les équipes et les proches, contribuer à l'actualisation et la mise en œuvre des projets d'accompagnement personnalisés (recommandations HAS/ANESM « Les attentes de la personne et le projet personnalisé »).	E21  R27	6 mois et sur la durée  1 mois	La réponse apportée indique que la réalisation des projets personnalisés sera conduite sur l'année 2025 (fin juin, 81 % des projets sont réalisés).  Il est précisé que la problématique des postes vacants, non pourvus par des professionnels stables ne permet pas la désignation d'un référent par résident. Un référent par étage a été désigné (sans plus d'éléments apportés).  <b>Dans l'attente, la prescription est maintenue.</b>

15	<p>Assurer une prise en charge personnalisée selon les besoins des résidents, en particulier :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Formaliser et transmettre une planification des douches ou bains afin de garantir une prise en charge adaptée des toilettes des résidents (article L. 311-3 du CASF) ;</li> <li>Etablir des plans de soins techniques et de nursing comportant les caractéristiques propres à chaque résident, afin que la prise en charge soignante s'adapte à chaque résident.</li> </ul>	<b>E22</b> <b>R40</b>	1 mois	<p>L'établissement n'a fourni aucun élément probant : il n'a pas transmis de nouveau plan de douches mis à jour pour l'ensemble des résidents, mais une simple feuille d'émargement à une réunion de sensibilisation des soignants sur la prise de connaissance du plan de douches. Il n'apporte par ailleurs aucun élément sur la mise à jour des plans de soins techniques et de nursing qui porteraient mention des caractéristiques propres des résidents.</p> <p><b>En conséquence, la prescription est maintenue.</b></p>
16	<p>Conforter l'encadrement des soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Par un poste d'IDEC qualifié ou formé, et assurant un encadrement des soins effectif ;</li> <li>Par le temps de présence du médecin coordonnateur, conformément à la réglementation (article D. 312-156 du CASF).</li> <li>Actualiser son contrat de travail pour l'adapter à son temps de travail effectif dans l'établissement.</li> </ul>	<b>R majeure 6</b> <b>E23</b> <b>R33 – R34</b>	<b>Immédiat</b> 6 mois	<p>L'établissement indique avoir recruté une IDEC en janvier 2025, accompagnée chaque trimestre dans sa prise de poste par la responsable Soins régionale. Selon son CV, cette IDE a exercé des fonctions d'encadrement d'une équipe d'AS. Les informations transmises ne font cependant pas état d'une formation spécifique à la coordination. Celle-ci est envisagée au plan de formation 2026.</p> <p>Un avenant au contrat travail du médecin coordonnateur a été signé le 01/04/2024 augmentant son temps de travail à 21 heures par semaine, soit 7 heures les mardis, jeudis et vendredis. S'il est pris bonne note de cette avancée et de la régularisation du contrat du médecin coordinateur, celle-ci ne permet cependant pas de se conformer à la réglementation en vigueur (0,8 ETP de médecin coordinateur pour un établissement dont la capacité autorisée (102) est comprise entre 100 et 199 places)</p> <p><b>En conséquence, la prescription est maintenue.</b></p>
17	Sécuriser le circuit du médicament, en particulier :			

Rapporter en pharmacie le stock de médicaments non utilisés (MNU), qui dépassent le cadre du stock tampon (article L.5126-5 du CSP et R.5126-112 et 113 du CSP, article L. 4211-2 du CSP).	E28		La liste des médicaments du stock tampon présentée par l'établissement dans sa dernière mise à jour du 10 juin 2025, est conforme aux attendus d'une dotation à vocation uniquement « tampon » et « urgence ». Sous réserve que les MNU aient été effectivement rapportés en officine en vue de leur élimination dans Cyclamed, la mise en œuvre de la mesure est effective.
Sécuriser les modalités d'identification des résidents sur les piluliers pour éviter les risques d'erreur médicamenteuse lors de la distribution.	R49	1 mois	L'établissement indique dans sa réponse être en cours d'étude de la mise en place de photos d'identité sur les piluliers des résidents. La mesure n'est donc pas encore mise en œuvre.
Formaliser la politique qualité du médicament, regroupant les procédures d'assurance qualité relatives à la prise en charge médicamenteuse, s'agissant notamment du processus à suivre en cas d'erreur médicamenteuse.	R46	2 mois	L'établissement a procédé à la mise à jour le 15/07/2025 d'une courte procédure relative à la conduite à tenir en cas d'erreur médicamenteuse. Il ne s'agit cependant pas d'un document complet sur le circuit du médicament qui définirait la politique qualité au sein de l'établissement. La mise en œuvre de la mesure demandée n'est donc pas effective.
Identifier un référent en charge de la pharmacovigilance.	R47	Immédiat	L'établissement indique avoir désigné un référent IDE en tant que référent pharmacovigilance, mais n'en apporte cependant aucune preuve. La mise en œuvre de la mesure demandée n'est donc pas démontrée.
Elaborer des protocoles de soins avec l'équipe soignante, qui permettent d'encadrer la délégation de tâches de distribution des médicaments par les personnes chargées de l'aide à la prise des médicaments, et les informer des doses prescrites et du moment de la prise (article L. 313-26 du CASF).	E29		Un protocole d'habilitation à la distribution des médicaments per os a été révisé le 02/05/2024 et une liste récapitulative de tous les soignants habilités à cette distribution a été établie (IDE, ASD mais aussi AES et AMP diplômés). Sous réserve de l'effectivité des formations prévues pour les nouveaux arrivants, puis deux fois par an à l'attention des professionnels AS/AMP/AES sur la distribution et l'aide à la prise médicamenteuse, la mise en œuvre de la mesure peut être considérée comme effective.
Etablir une liste validée de médicaments écrasables (telle que la liste établie par l'OMEDIT Haute Normandie) pour effectuer cette opération lorsque l'état du patient le justifie.	R50	1 mois	L'établissement indique être en attente d'une validation par la pharmacienne de la liste des médicaments écrasables. La mise en œuvre de la mesure demandée n'est donc pas effective.

	Envisager un nouveau mode de préparation des doses à administrer avec la pharmacie d'officine (PDA) afin de dégager du temps IDE pour la prise en charge des résidents.	R48	4 mois	<p>En indiquant que la totalité des piluliers sont contrôlés, l'établissement ne répond pas à la mesure demandée d'une réflexion sur l'évolution du système de PDA, qui vise à dégager du temps infirmier au bénéfice des résidents.</p> <p>La mise en œuvre de la mesure demandée n'est donc pas effective.</p> <p><b>Au total, la prescription n°17 est levée s'agissant de la première mesure relative à la définition d'un stock tampon de médicaments et à la cinquième mesure relative aux protocoles de délégation de tâches quant à la distribution des médicaments. Elle est maintenue sur tous les autres points.</b></p>
18	<p>Développer et actualiser les conventions avec les partenaires du soin, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formaliser une convention avec un établissement de santé pour assurer la prise en charge des résidents : <ul style="list-style-type: none"> <li>- dans le cadre de l'urgence et des hospitalisations programmées (articles D. 312-158 et D. 312-155-0 5° du CASF) ;</li> <li>- pour l'appui d'une équipe mobile d'hygiène ;</li> <li>- pour organiser le recours aux soins psychiatriques ;</li> </ul> </li> <li>• Envisager le recours possible à un dispositif IDE de nuit, présent sur le territoire.</li> </ul>	E25 R39 – R41 – R42 – R45	4 mois	<p>L'établissement indique que les actualisations des conventions sont à réaliser avec : les Hospices Civils de Lyon Croix Rousse – Hôpital des Charpennes, l'hôpital Albigny sur Saône, l'EMH, l'EMASP, le secteur psychiatrique.</p> <p>Aucune indication n'est apportée sur le dispositif IDE de nuit.</p> <p><b>La prescription est maintenue.</b></p>
19	Réunir la commission de coordination gériatrique à la fréquence réglementaire (1 fois/an) et selon les modalités de l'article D. 312-158 du CASF.	E24	Chaque année	<p>Une feuille d'émargement du 1<sup>er</sup> juillet 2025 avec comme thème la réunion « Commission de coordination gériatrique » a été transmise, sans compte rendu.</p> <p><b>En l'absence d'élément probant, la prescription est maintenue.</b></p>

Sur les locaux				
	Améliorer l'hygiène et l'entretien des locaux par :	E18 Remarque majeure 5	Immédiat et sur la durée	La réponse n'apporte aucune indication sur l'amélioration de l'hygiène des locaux avec un renforcement de personnels ASH.  Concernant les insectes nuisibles, plusieurs rapports d'intervention ont été transmis, de mai à juillet, sur le traitement curatif en cuisine, curatif et préventif sur l'ensemble des chambres de la résidence et cuisines secondaires. La démarche reste en cours.
20	<ul style="list-style-type: none"> <li>un renforcement des professionnels ASH : rangement des lieux de stockage, entretien des terrasses, salle de pause... (article L. 311-3, Annexe 2-3-1 du CASF) ;</li> <li>le traitement pour l'éradication des insectes nuisibles ;</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>la désignation d'un référent DASRI. Sur le sujet, fournir un exemplaire de la convention passée par l'établissement avec un organisme de collecte.</li> </ul>	R51	Immédiat	<p>La réponse indique « Convention DASRI avec ELIS », « Désignation d'un référent », sans autre précision. La convention n'est pas jointe aux éléments justificatifs.</p> <p><b>La prescription est maintenue.</b></p>

N°	RECOMMANDATIONS	cf. remarques(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
Nous vous recommandons de :				
Sur la gouvernance				
1	Evaluer les causes du faible taux d'occupation et renforcer l'attractivité de l'établissement afin de répondre aux besoins sur la zone géographique.	R1	6 mois	<p>La réponse est peu explicite : « Remise en œuvre de la filière commerciale – Contacts avec prescripteurs et assistantes sociales et services aides à domicile – CCAS et résidences autonomies ». Si des contacts visant à favoriser les admissions dans cet établissement, la démarche reste en cours.</p> <p><b>La recommandation est maintenue.</b></p>

2	Harmoniser les procédures sur la continuité de la fonction de direction.	R5		Une procédure « Continuité de la direction de l'établissement » a été mise à jour en mai 2025. Elle précise selon les situations rencontrées, les professionnels concernés et les conduites à tenir.  <b>La recommandation est levée.</b>
3	Encadrer l'intervention de l'apprentie de direction dans le cadre des astreintes qu'elle effectue.	R6		L'établissement indique qu'il a été mis fin aux astreintes de l'apprentie de direction depuis l'arrivée de la nouvelle direction.  <b>La recommandation est levée.</b>
<b>Sur la gestion des ressources humaines</b>				
4	Prendre la mesure et assurer la prévention du risque psycho-social vis-à-vis des professionnels, consécutif aux multiples changements de direction.  Veiller à l'égard des professionnels à une information régulière et une stabilité des conditions de travail.	R3 – R4	Immédiat et sur la durée	La réponse apportée est peu lisible « Etude mise en place APP », aucune annexe n'est jointe sur le sujet.  <b>La recommandation est maintenue.</b>
5	Assurer, et formaliser de manière claire dans le plan de développement des compétences (prévisionnel et réalisé), les formations pour l'accompagnement des personnes vulnérables et les formations qualifiantes.  Intégrer, dans ce cadre, les formations réalisées en interne par les professionnels de l'établissement (médecin coorconnateur, IDEC, psychologue...) comme le prévoit le CPOM.	R19 – R21	Chaque année	La mission n'avait pas eu connaissance du plan de formation réalisé 2024. Celui mis en œuvre en 2025 n'a pas été communiqué parmi les documents justificatifs. Seul le plan de formation prévisionnel 2026 a été transmis. Sont relevées notamment les formations suivantes : - Gestes et postures adaptés au quotidien, - Projet Accompagnement Personnalisé et bientraitance : donner du sens et faire vivre le PAP, - L'alimentation et l'hydratation : support d'amélioration de la qualité de vie du résident.  <b>La recommandation s'inscrivant sur la durée est maintenue.</b>

6	Procéder à des entretiens d'évaluation réguliers des professionnels, afin d'apprécier les compétences et les besoins de formation, conformément aux recommandations HAS/ANESM « Missions du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance ».	R15	Chaque année	<p>La réponse indique la réalisation des entretiens d'évaluation professionnels pour les salariés en CDI en 2025.</p> <p><b>La recommandation s'inscrivant sur la durée est maintenue.</b></p>
<b>Sur la prise en charge des résidents, et le soin en particulier</b>				
7	S'assurer que l'amplitude du jeûne nocturne entre le dîner et le petit-déjeuner ne dépasse pas les 12h (recommandations de bonnes pratiques de la HAS/ANESM « Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée »).	R29	Immédiat	<p>La pièce justificative (annexe n°48) indiquée par l'établissement dans son courrier en réponse n'est pas produite, la réalité de la distribution d'une collation nocturne n'est pas avérée</p> <p><b>La recommandation est maintenue.</b></p>
8	<p>Améliorer la prise en charge des résidents au sein des UVp :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mener en pluridisciplinarité une réflexion approfondie sur le fonctionnement spécifique de ces unités (conditions d'admission et de sortie, stabilisation et qualification du personnel, évaluations spécifiques des résidents, animations/stimulations, communication avec les familles, hygiène et entretien des locaux...) ;</li> <li>• Former les professionnels exerçant au sein des deux UVp sur le thème de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés (recommandations de l'HAS de février 2009 « l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social »).</li> </ul>	R28 R20	3 mois 6 mois	<p>L'établissement dans sa réponse, indique un plan d'action sur ces thématiques, prévoyant : une rencontre hebdomadaire soignants UVp et psychologue, une rencontre des soignants avec des bénévoles de « France Alzheimer ». Les formations des soignants sur la maladie d'Alzheimer sont à programmer.</p> <p>Aucune précision n'est apportée sur l'effectivité de ce plan d'actions, son échéancier, ni comment il se décline au sein de l'établissement.</p> <p><b>Dans l'attente de sa réalisation et des éléments probants apportés, la recommandation est maintenue.</b></p>

9	Développer la politique d'animation avec le recrutement d'un professionnel formé, pour le maintien des compétences personnelles et sociales, la stimulation cognitive et physique, la convivialité et la socialisation des résidents (circulaire DGCS/SD2A/2016/178 du 25 novembre 2016).	R30		L'établissement indique qu'un recrutement d'une nouvelle animatrice a eu lieu en août 2025. Aucun contrat, ni précision sur la formation de cette professionnelle n'a cependant été communiqué.  <b>Sous réserve de sa qualification effective, la recommandation est levée.</b>
10	Préciser et formaliser les conditions d'admission des accueils spécifiques (accueil de jour, hébergement temporaire, UVP).	R26	3 mois	L'établissement indique dans sa réponse que cette action est à réaliser.  <b>La recommandation est maintenue.</b>
11	Réaliser l'évaluation de la dépendance pour l'ensemble des résidents accueillis.	R2		Le « girage » de l'ensemble des résidents a été réalisé et finalisé à la date du 10 juillet 2025, à laquelle le GMP de l'établissement est calculé à 761. 65% des résidents se situent en GIR 1 et 2  <b>En conséquence, la recommandation est levée.</b>
12	Sécuriser les contentions : <ul style="list-style-type: none"><li>• Par l'actualisation du protocole « contention » afin de décrire les modalités d'usage des différents matériels utilisés pour la contention (au fauteuil, au lit...) en référence aux recommandations ANSM d'octobre 2020, ainsi que leurs risques respectifs ;</li><li>• Informer et sensibiliser les professionnels pour une mise en œuvre adaptée et sécurisée ;</li><li>• Mettre en place une organisation formalisée et des outils de recueil pour assurer et suivre la réévaluation régulière des résidents sous contention physique et la mise à jour des prescriptions médicales.</li></ul>	R31 - R32	3 mois	Le protocole présenté, datant de 2015, n'a pas été actualisé en vue d'intégrer les nouvelles recommandations, il est même plus ancien que le protocole fourni lors de l'inspection sur site, qui datait de 2016 pour sa dernière version. L'établissement fournit des listes d'émargement du personnel aux réunions mensuelles des commissions contentions, mais sans compte-rendu de la réunion, ni indication sur le contenu ou l'ordre du jour. Enfin, le tableau fourni, dit « de suivi des contentions », est une indication du nombre de patients sous contention à la date du 3/07/2025, par type de contention, mais sans aucune indication sur les échéances de renouvellement nécessaire des prescriptions médicales de contention.  <b>En conséquence, la recommandation est maintenue dans son intégralité.</b>
13	Compléter et actualiser le protocole de prévention des chutes, d'un protocole de prise en charge, en particulier sur l'obligation de la déclaration des chutes sur des	R44	3 mois	Le protocole annexé à la réponse de l'établissement est identique à celui qui avait été fourni à la mission lors de l'inspection sur site, il n'a donc pas été complété, ni actualisé comme demandé.

	fiches issues du logiciel de soins, la description des modalités de survenue et de prise en charge, afin de faciliter l'analyse annuelle et la mise en place de mesures correctives.			L'établissement a fourni des listes d'émargement des personnels lors des différentes réunions « commissions chutes » ou actions de formation diverses en prévention des chutes, mais le contenu de ces réunions n'est pas précisé, aucune indication n'est fournie quant à d'éventuelles actions correctives mises en place pour réduire le risque de chutes à l'échelle de l'établissement.  <b>En conséquence, la recommandation est maintenue.</b>
14	Garantir pour chaque résident un examen clinique systématique, et assurer sa traçabilité dans son dossier.	R37	Immédiat et sur la durée	L'établissement a mis à jour à la date du 15/07/2025 la procédure de prise en charge du résident à son admission, incluant un examen infirmier, la prise des constantes et diverses évaluations cliniques, mais sans référence à l'examen clinique du médecin (médecin traitant ou médecin coordinateur) et à l'évaluation gériatrique standardisée et son insertion dans le logiciel de soins.  <b>En conséquence, la recommandation est maintenue.</b>
15	Développer les formations à l'utilisation du logiciel de soins et suivre son appropriation par les équipes, afin de faciliter les transmissions d'informations.	R38	6 mois	L'établissement évoque dans sa réponse la formation par l'IDEC des soignants au logiciel [REDACTED] sans toutefois apporter d'éléments probants, et le maintien de la mesure sur la durée n'est pas envisagé.  <b>En conséquence, la recommandation est maintenue.</b>
16	Organiser l'articulation des tâches entre le médecin coordonnateur et le/les médecin(s) traitant(s).	R36	3 mois	L'établissement fait état d'une convention passée avec un second médecin libéral, mais sans fournir la convention en pièce jointe, et sans apporter d'élément probant.  <b>En conséquence, la recommandation est maintenue.</b>

Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes – Inspection de l'EHPAD « Paul Eluard » à Saint-Didier-au-Mont-d'Or – 05 et 06/11/2024