

La directrice générale

SAS Groupe PAVONIS SANTE

[REDACTED], gérant du
Groupe PAVONIS SANTE
26, rue de Montevideo
75116 PARIS

Réf. : 2024-PMIEC-9

Lyon, le / 3 MAI 2024

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

LRAR 1A 135 714 51487

PJ : 2 - Mesures correctives définitives
- Rapport d'inspection modifié

Monsieur,

Une inspection diligentée à mon initiative au titre des articles L.313-13 et suivants du Code de l'action sociale et des familles et L.6116-1 du Code de la santé publique s'est déroulée à l'EHPAD Villa Adelaïde le 05 mai dernier, au titre de l'orientation nationale d'inspection contrôle « Plan d'inspection et de contrôle des 7 500 Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) en deux ans » (2022 – 2024) ».

Sur la base du rapport établi par la mission, je vous ai fait parvenir par courrier du 04/01/2024 les mesures correctives que j'envisageais de prononcer afin de remédier aux non conformités / manquements / dysfonctionnements constatés.

Vous m'avez transmis votre réponse en retour par courrier du 07/03/2024.

Je prends acte des engagements formulés dans le cadre de la procédure contradictoire.

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

Vous veillerez à mettre en œuvre l'ensemble des mesures correctives dans les délais prescrits qui courent à réception de la présente décision.

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

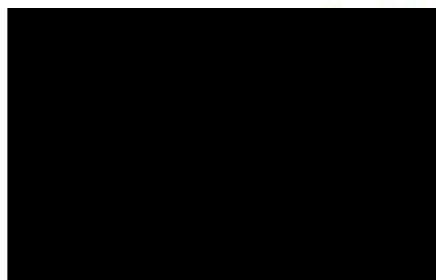
Le suivi de la mise en œuvre des mesures correctives sera effectué par la délégation départementale de l'Ain / Pôle Autonomie.

Vous veillerez à lui transmettre l'ensemble des éléments probants nécessaires dans un délai de 6 mois.

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

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

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Gérant du Groupe PAVONIS, l'assurance de ma considération distinguée.



Copie à M/Mme le directeur / 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)	DELA	ANALYSE DE LA REPOSE ET CONCLUSION
1	Mettre en conformité le projet d'établissement qui doit être présenté aux CVS (article L 311-8 du CASF)	Ecart N°1	3 mois	L'établissement indique que lors du dernier CVS, le projet d'établissement a été « abordé » et que la réécriture du PE sera soumise au CVS qui sera sollicité pour la construction des axes stratégiques. Aucune programmation de ces réunions et aucun compte rendu n'est transmis en dehors des CR de réunion du CVS. La Prescription N°1 est maintenue
2	identifier dans le contrat de travail du médecin coordonnateur, des temps dédiés à l'activité de médecin traitant, afin que l'établissement se conforme à l'article D312-158 du CASF qui spécifie notamment le cadre d'intervention possible pour des prescriptions médicales qu'en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux	Ecart N°2	3 mois	L'établissement précise que les horaires indiqués sur le contrat de travail du médecin coordonnateur sont ceux du poste de médecin coordonnateur. La Prescription N2 est levée
3	Réunir au moins une fois par an la commission de coordination gériatrique avec les différents professionnels de santé salariés et libéraux réalisant des actions de prises en charge auprès des résidents de l'EHPAD en vertu de l'article D312-158 du CASF	Ecart N°3	Dès 2024	L'établissement évoque l'absence de déplacement aux réunions de la commission de coordination gériatrique des professionnels de santé et libéraux malgré des invitations envoyées. Aucune programmation de ces réunions n'est transmise. Prescription N°3 est maintenue

N°	RECOMMANDATIONS	Cf. remarque(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE ET CONCLUSION
	Je vous recommande de :			
1	Mener un travail d'acculturation, de porter à connaissance et de sensibilisation des équipes sur la procédure de signalement et de traitement des réclamations incluant une analyse des causes et un retour au déclarant	R 1, 2, 3	3 mois	L'établissement indique que des mini-formations de sensibilisation ont été faites auprès du personnel sur le traitement des réclamations et des EIG. Les CR et feuille d'émargement ont bien été transmis La recommandation N°1 est levée
2	Clarifier et mieux formaliser la continuité de l'équipe de direction au travers d'un document précis établissant clairement les tours de rôle et leur périodicité. Ainsi que la procédure d'astreinte. Cette procédure doit être affichée et portée à connaissance de l'ensemble des équipes afin de sécuriser le fonctionnement de l'établissement.	R 4, 9	3 mois	L'établissement indique que le planning de présence de la direction le week-end est affiché en salle de pause ainsi que les congés, la procédure d'astreinte comprend les numéros à joindre en cas d'urgence, ces numéros sont également présents sur la page d'accueil du logiciel de soin et en infirmerie. La note d'information et les plannings ont bien été transmis. La recommandation N°2 est levée
3	Informatiser la gestion des plannings et du temps de travail afin de fiabiliser et de simplifier la gestion des ressources humaines et de mettre en place une organisation du travail favorisant autant que faire se peut le rythme de vie des résidents.	R 5	6 mois	L'établissement indique que les structures du groupe PAVONIS utilisent le logiciel de gestion des plannings CEGID META4 Les extractions du logiciel avec nomenclature et légende afin d'en assurer la lisibilité sont transmis. La recommandation N°3 est levée

4	Mettre en place une procédure opérationnelle de remplacement et d'accompagnement à la prise de poste des salariés en CDD afin de sécuriser l'accueil des nouveaux salariés afin de garantir la qualité de service attendue	R 6, 7	3 mois	L'établissement indique qu'une liste de vacataires est tenue à jour par la direction et des offres d'emploi CDD sont diffusées sur les canaux de recrutement. Pour chaque salarié remplacé la fiche de poste lui est présentée et une journée de doublure est proposée, une présentation de la résidence et des outils de travail est faite par la direction ou un titulaire. Les éléments évoqués ont bien été transmis mais la question de leur effectivité et de leur appropriation par les agents reste posée. La recommandation N°4 est levée
5	Prévoir des temps de relève et de transmission entre les équipes afin d'assurer le passage d'information et garantir la continuité des soins et de l'accompagnement	R 8	1 mois	Il est indiqué par l'établissement que des temps de transmission et de relève sont bien prévus et programmés dans le temps de travail et les plannings des agents des 2 équipes qui travaillent en 12H. l'organisation prévoit 2 temps quotidiens de 15h15 à 15h30 pour la moitié des équipes et de 15h30 à 15h45 pour l'autre moitié des équipes. La mission prend note de ces éléments dont l'effectivité devra être assurée par l'établissement dans la durée. La recommandation N°5 est levée
6	Renforcer le plan de formation avec des actions en lien avec le profil et les spécificités des résidents notamment sur les problématiques liées à l'accompagnement des personnes Alzheimer et autres pathologies apparentées	R10	Plan 2024	L'établissement indique qu'une formation externe portant sur la thématique de l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et autres pathologies apparentées est intégrée au plan de formation 2024-2025 L'établissement a bien transmis le recueil des demandes de formation et son plan de développement des compétences toutefois il n'a pas été communiqué à la mission d'élément justifiant de la réalisation et du suivi de cette formation par les agents identifiés. La recommandation N°6 est maintenue

7	Mettre en œuvre des temps d'échange entre professionnels autre que les temps de transmission afin de les laisser échanger sur leurs pratiques en vue de leur amélioration	R11	3 mois	L'établissement indique que des temps d'échange existent quotidiennement entre les professionnels et l'équipe encadrante, pour les ASH le suivi et les améliorations proposées sont suivis quotidiennement idem pour les AS et IDE dans le cadre du temps d'échange qui est prévu quotidiennement au planning. Les CR de réunion et les éléments ont bien été transmis à la mission, l'effectivité et le maintien de ces temps d'échange devra être assuré dans la durée.
8	Sécuriser le système d'ouverture des fenêtres afin d'éviter les risques de chutes par déféstration pour les personnes âgées dépendantes souffrant de dépression.	R12	1 mois	La recommandation N°7 est levée L'établissement indique que des poignées de porte à serrure ont été installées sur l'ensemble des portes et fenêtres non sécurisées. 52 compas limiteurs ont été remplacés au niveau des systèmes d'ouverture des fenêtres PVC. Les éléments justificatifs ont bien été transmis à la mission.
9	Mettre en valeur sur le plan esthétique l'arrière du bâtiment par une végétalisation et des aménagements à même d'améliorer le confort visuel des résidents	R12	6 mois	La recommandation N°8 est levée L'établissement indique que cette remarque ne relève pas des compétences de l'ARS mais de celle du Groupe Pavonis Santé et ne peut donc pas être retenue dans le cadre du rapport. La mission prend acte de cette observation et modifie le rapport en conséquence.
10	Garantir que les espaces de stockages des produits d'entretien dangereux ne soient en aucun cas accessibles aux résidents. Etablir une procédure et la porter à la connaissance des équipes d'entretiens qui doivent veiller à son strict respect afin de garantir la sécurité des résidents	R14	1 mois	La recommandation N°9 est levée et supprimée du rapport définitif. L'établissement indique qu'une procédure a été mise en place et diffusée aux équipes. La procédure a bien été transmise à la mission ainsi que les compte rendus de réunions avec les équipes attestant de l'effectivité de la mise en œuvre de ladite procédure. La recommandation N°10 est levée

11	Parvenir à l'exhaustivité des PVI des résidents en veillant à ce qu'ils prennent bien en compte les singularités propres à chaque résident.	R15	6 mois	L'établissement fait part de son désaccord avec les constats posés par la mission d'inspection et indique que les projets personnalisés des résidents mentionnent bien des objectifs et des actions au plus près des singularités des personnes accueillies. L'établissement a transmis à la mission l'ensemble des projets personnalisés en cours. 34 projets personnalisés d'accompagnement ont effectivement été transmis à la mission d'inspection sur un total de 64 places autorisées. Ces PPA sont complets et n'appellent pas de remarque particulière de la part de la mission d'inspection ; pour autant la mission n'est pas en mesure d'apprécier l'exhaustivité des PPA pour l'ensemble des résidents de l'EHPAD, de plus la mission n'est pas en mesure de dire si ces PPA ont été élaborés avant ou après la mission d'inspection et fait remarquer que ces projets personnalisés d'accompagnement ne sont pas signés. La recommandation N°11 est maintenue
12	Améliorer le contenu des plans de soins de nursing en précisant mieux les spécificités individuelles et les besoins propres à chaque résident.	R16	3 mois	Il est indiqué l'acceptation de cette recommandation, concernant l'amélioration du contenu des plans de soins de nursing et il est envisagé d'y travailler, mais aucun plan d'actions pour la mise en œuvre n'est présenté. La recommandation N°12 est maintenue
13	Elaborer les plans de soins techniques des IDE pour permettre une vue globale des soins à réaliser dans la journée avec des protocoles définis et une traçabilité des actes faits.	R17	3 mois	Les IDE et AS disposent de tablette avec l'application NETMobilités permettant de visualiser les plans de soins et de réaliser la traçabilité des éléments quasi-instantanément. Les plans de soins vue globale sur 24h correspondants aux actes IDE transmis pour 42 résidents permettent d'objectiver les différents actes techniques (Tension artérielle, glycémie capillaire, application locale, ...) et autres actes (poids, compléments alimentaires, surveillance du transit...). Ces actes sont imagés par un pictogramme en couleur, des commentaires explicatifs sont inscrits en regard comme les traitements à donner et à <u>appliquer</u>

				La recommandation N°13 est levée
14	Faire mention de l'autonomie des résidents et des besoins en aide humaine et technique dans la programmation des douches et inscrire l'accompagnement aux toilettes dans les plans de changes afin d'assurer le bon accompagnement des résidents et l'effectivité de ces actes	R18, 19	3 mois	L'établissement a transmis une extraction des plans de soins sur la journée du 6 mai 2023 date de l'inspection, en élargissant les filtres pour faire apparaître l'autonomie des résidents pour les soins d'hygiène ainsi que les accompagnements aux toilettes des résidents qui le nécessitent et qui n'y vont pas en toute autonomie. Pour le plan de soins de nursing cela concerne 39 résidents ou les accompagnements figurent bien. Pour le plan d'incontinence, il concerne 30 résidents les changes accompagnements aux toilettes sont indiqués selon différents horaires, des pictogrammes colorés permettent une lecture facilitée.
15	Réduire l'amplitude entre le dîner et le petit déjeuner afin qu'elle ne dépasse pas les 12h afin de se conformer aux RBPP de la HAS de 2007 et au besoin systématiser la proposition de collation entre deux repas	R20	1 mois	La recommandation N°14 est levée L'établissement indique qu'une distribution systématique de collations à tous les résidents qui le souhaitent a été mise en place en début de nuit, un tour de distribution est réalisé à 21h puis ponctuellement sur demande des résidents, les petits déjeuners sont proposés dès 7h15 aux résidents La mission prend note de ces éléments.
16	Utiliser le protocole « organisation du suivi nutritionnel » et l'actualiser par rapport aux critères diagnostics de la dénutrition sévère et modérée, ainsi que la mesure du risque de dénutrition, tels que mentionnés dans les RBPP de l'HAS de novembre 2021	R21	1 mois	La recommandation N°15 est levée L'établissement mentionne que la procédure relative à la dénutrition a été mise à jour le 5/7/2023 en intégrant les RBPP de l'HAS de novembre 2021. La procédure « organisation du suivi nutritionnel » transmise atteste de cette effectivité avec un protocole clairement libellé et facilement utilisable.
17	Rendre effective la mesure de poids mensuel pour chaque résident	R22	Immédiat	La recommandation N°16 est levée Il est indiqué que les correctifs ont été apportés pour rendre effective la mesure de poids mensuel des résidents, sans transmettre d'élément de preuve comme l'extraction des poids sur 3 mois, et la

			formalisation de leur suivi et contrôle en place.
			La recommandation N°17 est maintenue, dans l'attente d'éléments de preuve du suivi mensuel des poids de chaque résident Selon la réponse de l'établissement, la procédure « gestion des contentions a été mise à jour le 22/06/2023, mais celle transmise date du 19/01/2024. Elle est complète et clairement explicitée, d'autres protocoles sont annexés comme ceux faisant référence aux recommandations ANSM au fauteuil, au lit, et pour les dispositifs médicaux de couchage de contention. Ces éléments sont satisfaisants. Il est précisé que des échanges pluridisciplinaires sont en place pour évaluer le bénéfice/risque de chaque mesure de contention. L'établissement évoque la nécessité d'en faire la traçabilité. Lors de la mise en place d'une mesure de contention le formulaire est complété selon le cadre de la mise en place (à la demande du résident ou sur décision médicale). 15 formulaires de mise en place de contention ont été transmis, ils permettent de tracer l'information faite au résident ou à son représentant légal ou référent familial, mais 2 formulaires ne sont pas complètement remplis, datés et signés. Concernant une résidente inscrite dans la liste des soins de contention la prescription pour la mise d'une barrière qui ne figurait pas au dossier de soins de la résidente, il est mentionné que c'est une erreur. Il n'est pas fait de réponse sur le renouvellement des prescriptions de contention physique passive, dans les délais selon les ordonnances en cours.
18	R23, 24, 25 1 mois	Actualiser le protocole relatif aux contentions en référence aux RBPP de l'ANSM de 2020, veiller aux renouvellement des prescriptions de contention physique passive pour toutes les ordonnances en cours dans les délais et rechercher systématiquement la recherche du consentement et veiller à tracer les évaluations pluridisciplinaires des contentions.	La recommandation N°18, est levée pour les mesures relatives aux remarques 23 et 25, en veillant à ce que les formulaires de mise en place de contention soit correctement renseignés. La mesure

				relative à la remarque N°24 est maintenue : pour le suivi régulier et le renouvellement dans les délais des prescriptions sur les contentions physiques passives, dans l'attente de preuve transmise de cette effectivité.
19	Contrôler régulièrement les dotations et dates de péremption des traitements et dispositifs matériels	R26	immédiat	Il est fait état que l'établissement prend en compte cette recommandation du contrôle régulier de la dotation d'urgence : des dates de péremption des traitements et dispositifs /matériels, mais il n'est pas transmis de document en attestant.
				Recommandation N°19 est maintenue sans élément de preuve

Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes - Inspection de l'EHPAD Villa Adélaïde - Pavonis à Hauteville-Lompnes le 05/05/2023

