



# ARS haute savoie

La directrice générale  
de la Haute-Savoie

Le Président du Conseil départemental  
de la Haute-Savoie

Réf. : PWEC - N2-2 v2.3

Monsieur le Président  
Fondation du Parmelan  
2 rue Dupanloup  
74000 ANNECY

Lyon, le 26 SEP. 2023

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

LRAR [REDACTED]

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

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 Fondation du Parmelan le 25 avril 2023, au titre de l'orientation nationale d'inspection contrôle « Plan d'inspection et de contrôle des 7 500 Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) en deux ans » (2022 – 2024).

Sur la base du rapport établi par la mission, nous vous avons fait parvenir par courrier du 17 juillet 2023 les mesures correctives que nous envisagions de prononcer afin de remédier aux carences constatées.

Vous nous avez transmis votre réponse en retour par courrier du 27 juillet 2023.

Nous prenons bonne note de vos observations formulées suite aux constats de la mission. En ce sens, le temps de travail de médecin coordinateur a été corrigé à 0,80 ETP dans un rapport modifié que vous trouverez en pièce jointe. Les autres points n'ayant pas été constatés par la mission le jour de l'inspection, ni au travers des documents transmis, ceux-ci ne peuvent être repris dans le rapport.

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.

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



En outre, nous vous invitons vivement à présenter les conclusions de ce rapport ainsi que les mesures notifiées au Conseil d'administration ainsi qu'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'ARS de la Haute-Savoie, Pôle Autonomie, et par le Département de la Haute-Savoie, Direction de l'Autonomie. Vous veillerez à leur 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](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'agréer, Monsieur le Président, l'assurance de notre considération distinguée.

La Directrice générale de l'APB  
Auvergne-Rhône-Alpes

Le Président du Conseil départemental  
de la Haute-Savoie



## ANNEXE : MESURES CORRECTIVES DEFINITIVES

**Les mesures correctives définitives sont prononcées en référence aux écarts et remarques formulées par la mission dans son rapport et mentionnées dans les tableaux ci-dessous, et après analyse et prise en compte des réponses de la structure inspectée.**

### Nature des mesures correctives

**Les injonctions et prescriptions** se fondent sur des bases législatives ou réglementaires et sont prononcées suite au constat de non-conformité par rapport à un référentiel opposable (bases textuelles). Ces mesures s'imposent à la structure inspectée.

**Les injonctions** sont formulées en réponse aux situations de non-conformité les plus significatives ou aux situations de risque majeur.

**Les recommandations** visent à corriger des dysfonctionnements ou manquements ne pouvant être caractérisés par la non-conformité à une référence juridique : dysfonctionnement source de risque(s) et/ ou manquement à un référentiel de bonnes pratiques non opposable par exemple.

### Maintien / levée des mesures correctives

**Les mesures correctives envisagées** lors de la phase contradictoire sont confirmées quand :

- Aucune réponse n'est apportée par la structure.
- La réponse n'est pas jugée satisfaisante par le commanditaire.
- La réponse constitue un engagement sur une action non vérifiable en l'état compte tenu des délais de mise en œuvre ou est une simple déclaration d'intention dépourvue d'éléments probants.
- Les engagements de la structure nécessitent une vérification sur place pour s'assurer de leur réalité (par exemple en matière de travaux).

N°	PRESCRIPTIONS	cf. écart(s) / remarque(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
1	Tenir à jour le registre légal des entrées et des sorties conformément à l'article L. 331-2 du CASF	E1 R1	Immédiat	<p>Il est pris note du fait que le document présenté à la mission soit un extrait du logiciel de facturation et non du registre des entrées et sorties du logiciel [REDACTED] Cependant, aucun document probant n'a été transmis.</p> <p><b>La prescription N°1 est maintenue.</b></p>
2	Formaliser un projet d'accompagnement personnalisé pour tous les résidents conformément aux articles L. 311-3 et D. 312-155-01 3° du CASF et désigner un référent	E2 R14	6 mois	Il est pris note de la programmation de la formalisation des projets d'accompagnement. Dans l'attente d'éléments probants, la <b>prescription N°2 est maintenue.</b>
3	Organiser la réunion de coordination gériatrique une fois par an conformément à l'article D. 312-158 du CASF	E3	1 an	Il est pris note de l'engagement de l'établissement à réunir la commission de coordination gériatrique en septembre 2023. Dans l'attente d'éléments probants, la <b>prescription N°3 est maintenue.</b>

N°	RECOMMANDATIONS	cf. remarques(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
<b>Je vous recommande de :</b>				
1	Offrir une prise en charge adaptée aux usagers : - en accueillant des résidents dépendants - en accueillant systématiquement 14 résidents au PASA	R2 R3	Immédiat	<p>R2 : Il est noté la prévision journalière de 14 résidents au PASA. Cependant aucun élément probant n'a été fourni. Dans l'attente, la <b>recommandation N°1 est maintenue sur ce point.</b></p> <p>R3 : La mission prend acte de la volonté de l'établissement à privilégier l'admission de personnes âgées de GIR 1 à 4. La recommandation est levée sur ce point.</p>

2	<p>Formaliser précisément les documents permettant de s'assurer de la continuité de la prise en charge dans des conditions sécurisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- continuité de la direction</li> <li>- fiches de poste</li> <li>- protocole de gestion des urgences médicales</li> <li>- dossiers administratifs sans éléments médicaux</li> <li>- Information des personnels sur les missions du CTLM</li> </ul>	R5 R6 R7 R20 R13 R4	3 mois	<p>Il est pris note de l'engagement de l'établissement à</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- rédiger une note de service formalisant la continuité de la direction</li> <li>- élaborer un protocole de gestion des urgences médicales</li> <li>- revoir le DLU</li> <li>- mettre en place une habilitation pour les secrétaires du service ayant accès à des données médicales</li> </ul> <p>L'existence de fiches de postes plus précises pour les AS, IDE, IDEC et CDS est notée mais les documents probants n'ont pas été transmis. Il en est de même concernant la modification des informations relatives au CTLM affichées dans l'établissement.</p> <p>Dans l'attente, la recommandation N°2 est maintenue.</p>
3	<p>Organiser les espaces dans les étages de façon sécurisée et dans le respect des règles d'hygiène en :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- séparant le stockage des produits d'entretien, du linge propre et du linge sale</li> <li>- fermant systématiquement les espaces de stockage</li> <li>- désencombrant les couloirs des matériels stockés</li> <li>- adoptant une signalétique visible et adaptée au public</li> <li>- sécurisant l'accès aux balcons dans les chambres</li> </ul>	R8 R9 R10 R11 R12	3 mois	<p>Il est pris acte de l'engagement de l'établissement à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- élaborer un listing et fermer les espaces de stockage</li> <li>- réfléchir à la problématique de séparation du stockage des produits d'entretien, du linge propre et du linge sale sur le secteur Le Parmelan</li> <li>- déterminer des zones de stockage du matériel</li> <li>- revoir la signalétique</li> </ul> <p>Enfin le protocole indiquant les modalités de sécurisation de l'accès aux balcons n'a pas été transmis.</p> <p>Dans l'attente des éléments probants, la recommandation N°3 est maintenue.</p>
4	Tenir les plans de soins de nursing et techniques à jour et de façon détaillée quant aux soins à prodiguer	R15 R16 R17	3 mois	<p>Il est pris note de l'engagement de l'établissement à ajuster les plans de soins conformément aux remarques formulées. Dans l'attente, la recommandation N°4 est maintenue.</p>

5	Assurer un accompagnement respectueux des habitudes de vie des résidents en : <ul style="list-style-type: none"> <li>- proposant et traçant systématiquement un accompagnement aux toilettes à la demande</li> <li>- ne dépassant pas une amplitude de 12h entre le dîner et le petit déjeuner</li> </ul>	R18 R19	Immédiat	<p>Il est pris acte de l'organisation journalière de l'accompagnement aux toilettes des résidents. Aucun élément relatif à la traçabilité n'est cependant fourni.</p> <p>Il est également noté la mise en place d'un enrichissement protéiné le soir et de la proposition d'une collation la nuit.</p> <p>Dans l'attente d'éléments probants, la recommandation N°5 est maintenue.</p>
6	Actualiser le calcul du GIR et s'assurer de son exactitude	R21	6 mois	<p>Il est pris acte de la mise à jour annuelle des GIR en octobre et de leur adaptation si nécessaire.</p> <p>La recommandation N°6 est levée.</p>
7	Formaliser les protocoles de soins et mettre en place une démarche d'appropriation par les personnels : <ul style="list-style-type: none"> <li>- prévention et traitement des chutes</li> <li>- lutte contre la dénutrition</li> <li>- contentions physiques</li> <li>- prévention et traitement des escarres</li> <li>- accompagnement de la fin de vie</li> <li>- lutte contre la douleur</li> </ul>	R22 R23 R24 R25 R26 R27	6 mois	<p>Il est pris note de l'engagement de l'établissement à formaliser ou à mettre à jour les protocoles de prévention et de traitement des chutes, de la lutte contre la dénutrition, de la prévention et traitement des escarres, ainsi que de l'organisation de l'accompagnement de la fin de vie et la douleur.</p> <p>Concernant la contention, l'établissement évoque que le protocole de contention décrit les modalités de réévaluation et l'outil de recueil pour assurer la réévaluation régulière des résidents sous contention physique, ce qui n'est pas le cas. L'établissement n'a pas transmis, d'élément attestant que chaque résident détient une prescription avec une réévaluation systématique régulière en pluridisciplinarité</p> <p>Dans l'attente d'éléments de preuve, la recommandation N°7 est maintenue.</p>
8	Mettre à jour systématiquement les documents formalisés du chariot d'urgence et le sceller de façon sécurisée	R28 R29	Immédiat	<p>L'établissement évoque que la mise à jour du protocole « chariot d'urgence » a été effective le 24 mai 2023 et diffusée dans les suites ; sans transmission de celui-ci.</p> <p>Dans l'attente, la recommandation N°8 est maintenue.</p>