

**Cabinet de la Directrice générale  
Inspection régionale autonomie santé**

Monsieur [REDACTED]  
Directeur général France  
KORIAN  
21-25, rue Balzac  
75008 PARIS

Affaire suivie par : [REDACTED]  
Courriel : [REDACTED]  
& [REDACTED]  
Téléphone : [REDACTED]

Saint-Denis, le 18 avril 2023

Lettre recommandée avec AR  
N° [REDACTED]

Monsieur le Directeur général,

A la suite de l'inspection du 17 février 2022 effectuée au sein de l'EHPAD Bel Air, nous vous avons notifié par courrier du 23 mai 2022 trois injonctions et une prescription.

Un contrôle sur place, annoncé la veille, a été réalisé au sein de votre établissement le 27 octobre 2022 afin de vérifier l'effectivité de la mise en œuvre des mesures correctives attendues. Ce contrôle a été motivé par l'absence de réponse et d'échanges de l'établissement sur ces mesures malgré plusieurs relances de nos services.

En effet, deux mois avant le contrôle, il a été demandé à la direction de l'établissement de transmettre des justificatifs attestant de la mise en place des mesures correctives notifiées par le courrier du 23 mai 2022. La direction de l'établissement a répondu à l'ARS qu'elle enverrait des justificatifs plus tardivement bien que l'échéancier de la majorité des mesures correctives demandées soit déjà dépassé. En outre la direction de l'établissement n'a pas répondu aux e-mails adressés par le Conseil départemental, qui la sollicitait sur le même sujet.

Le contrôle du 27 octobre 2022 a fait l'objet d'un compte-rendu de visite, que vous trouverez ci-joint, dont les principaux constats sont les suivants :

Il est à rappeler au préalable que la direction de l'établissement a vigoureusement remis en cause le bien-fondé et la légitimité de l'inspection, le jour de l'inspection et lors des entretiens téléphoniques qui ont suivi l'inspection.

- Deux injonctions sur trois n'ont pas été mises en œuvre.
- La troisième injonction et la prescription n'ont quant à elles été que partiellement mises en œuvre.
- Plusieurs actions doivent encore être engagées afin que l'établissement soit en conformité avec la réglementation et puisse assurer la sécurité des résidents et assure la qualité de leur prise en charge.

Ces constats nous conduisent :

- A maintenir l'injonction n°1 relative aux droits des résidents et l'injonction n°2 relative à la prise en charge des résidents et aux ressources humaines, ainsi que la prescription,
- A lever partiellement l'injonction n°3 relative au circuit du médicament. La levée de cette dernière nécessite que l'établissement soit accompagné par un organisme tel que l'OMEDIT d'Ile-de-France.

Le détail des décisions qui vous sont à nouveau notifiées figure en annexe du présent courrier.

Nous attirons votre attention sur la nécessité de mettre en œuvre dès à présent les mesures correctrices restantes et nous vous demandons de nous adresser un nouveau point d'étape d'ici le 31 juillet 2023 au plus tard.

Nous vous rappelons que l'absence de mise en œuvre dans le délai imparti des mesures correctives faisant l'objet d'injonctions, peut être sanctionnée en application des dispositions des articles L. 313-14 et L. 313-16 du code de l'action sociale et des familles par l'application de sanctions financières, la mise sous administration provisoire ou la suspension ou la cessation, totale ou partielle, de l'activité de l'établissement.

Un recours contentieux peut être formé devant le tribunal administratif dans les deux mois suivant la réception de la présente notification. Le tribunal administratif peut être saisi par l'application Télérecours citoyens accessible par le site <https://citoyens.telerecours.fr>.

Nos services se tiennent à votre disposition pour toute information complémentaire.

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

La Directrice générale  
de l'Agence régionale de santé  
d'Île-de-France

Pour le Président du Conseil départemental  
des Hauts de Seine, et par délégation,  
Le Directeur général adjoint du Pôle Solidarités

Signé

Amélie VERDIER

Signé

Jean-Michel RAPINAT

En copie jointe :  
Mme [REDACTED]  
Directrice de l'EHPAD Bel Air  
104 avenue Henri Barbusse  
92140 CLAMART



DECISIONS NOTIFIEES SUITE A L'INSPECTION				CONSTATS REALISES SUITE AU CONTROLE	
Injonctions notifiées		Textes de référence	Délai de mise en œuvre	Constats effectués lors de la visite de vérification	Statut de la décision (levée ou maintenue)
1	A- Actualiser les projets personnalisés et s'assurer qu'ils soient signés par le résident ou son représentant (1)	Art L 311-3 du CASF  ANESM, Fiche repère « Le projet personnalisé: une dynamique du parcours d'accompagnement » (2018), 2011 et 2008	3 mois	La mission a procédé au contrôle de plusieurs dossiers et a constaté que ■■■ PVI consultés (projets de vie individualisés) sur ■■■ n'ont pas été actualisés. La Direction a remis à la mission un tableau d'avancement de l'actualisation des PVI mettant en évidence que ■■■ des dossiers ont été mis à jour. La psychologue nouvellement recrutée a mis en place un plan d'action sur ■■■ mois afin d'actualiser tous les PVI.	Maintenue  Injonction maintenue dans l'attente de l'actualisation des PVI.  Délai de mise en œuvre : 4 mois
	B- Insérer un avenant signé au contrat de séjour de chaque résident nécessitant des mesures particulières autres que celles définies au règlement de fonctionnement, pour assurer l'intégrité physique et la sécurité de la personne et pour soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir (2)	Articles L. 311-4-1 et R. 311-0-6 à R. 311-0-9 du CASF	2 mois	L'établissement n'a pas transmis d'attestation du MEDEC prévu dans le courrier du 23 mai 2022. Il était prévu qu'un document remis par le MEDEC atteste d'une révision globale des dossiers des résidents concernés par des mesures restrictives de la liberté d'aller et venir se traduisant par une annexe au contrat de séjour dument remplie et devant figurer systématiquement dans le dossier administratif.	Maintenue  Délai de mise en œuvre : 1 mois.
	C- S'assurer que la traçabilité de la proposition de désignation d'une	L311-4-1 et L. 311-5-1 CASF L. 1111-6 et -11 CSP	3 mois	L'établissement a tenu une réunion d'information afin de sensibiliser les familles sur la désignation des personnes de confiance. Cependant la traçabilité de la proposition de désignation d'une personne de confiance et de rédaction des directives anticipées n'est pas effective.	Maintenue  Délai de mise en œuvre :

DECISIONS NOTIFIEES SUITE A L'INSPECTION			CONSTATS REALISES SUITE AU CONTROLE	
Injonctions notifiées	Textes de référence	Délai de mise en œuvre	Constats effectués lors de la visite de vérification	Statut de la décision (levée ou maintenue)
personne de confiance et de rédaction des directives anticipées, que les comptes rendus des réunions de synthèse et le formulaire relatif aux directives anticipées soient bien présents et mis à jour dans le dossier de chaque résident (3)	Circulaire DGAS/SD5 n°2004-136 du 24/03/2004 relative au livret d'accueil et HAS 2009			1 mois
D- Actualiser la composition du conseil de vie sociale, adopter son règlement intérieur, en établir conjointement son ordre du jour, transmettre les comptes rendus aux membres du CVS, afficher et communiquer aux résidents les relevés de conclusion signés (4)	Article D. 311-3 à -25 CASF	3 mois	<p>L'établissement a transmis le compte rendu du CVS du [REDACTED] non signé par la Présidente du CVS.</p> <p>De plus, lors de l'audit interne de Korian du mois [REDACTED] remis à la mission, il était précisé « les comptes rendus des CVS ne sont pas formalisés et le dernier compte rendu n'est pas présent à l'affichage ». Le dernier règlement de fonctionnement n'a pas été validé par les derniers membres élus.</p> <p>L'établissement a établi un plan d'action pour la mise en conformité du CVS et de son règlement intérieur au vu de l'évolution de la réglementation (décret du 25 avril 2022, décret n°2022-688). L'établissement a pour projet de procéder à de nouvelles élections du CVS en [REDACTED]</p> <p>Il est rappelé que le CVS doit se réunir trois fois par an.</p> <p>Dans ce cadre, il est attendu pour 2023 également les comptes rendus des CVS. Enfin, il est attendu les éléments de preuve pour la prise en compte de la demande du Président du CVS formulé lors du 1er contrôle à savoir une</p>	<p>Maintenue</p> <p>Délai de mise en œuvre : 1 mois</p>



DECISIONS NOTIFIEES SUITE A L'INSPECTION				CONSTATS REALISES SUITE AU CONTROLE	
Injonctions notifiées		Textes de référence	Délai de mise en œuvre	Constats effectués lors de la visite de vérification	Statut de la décision (levée ou maintenue)
				information / réunion auprès de l'ensemble des familles des résidents. Cette réunion doit avoir pour objet d'informer les familles des résidents sur la vie de l'établissement et de leur préciser le rôle du CVS.	
2	A-Mettre en adéquation les qualifications des professionnels avec les tâches dévolues (AS, AMP, Auxiliaires de vie) et ne plus recourir aux glissements de tâches pour pallier l'absence de professionnels (1)	Article L451-1 du CASF Articles D. 451-88 et -89 du CASF Article L.4391-1 du CSP Articles R. 4311-3 et -4 et D. 4391-1 à -8 du CSP Arrêtés des 29 janvier 2016 et 10 juin 2021 fixant respectivement les référentiels d'activités et de compétences des AES et des AS.	Deux mois	La mission a constaté à travers les tableaux fournis par l'établissement (tableaux qui présentent la fonction des vacataires qui remplacent les salariés absents pendant les mois de [REDACTED]) que de nombreux AS sont remplacés par des AVS. La mission constate ainsi que les glissements de tâches sont toujours pratiqués par l'établissement lors des remplacements.	Maintenue  Délai de mise en œuvre : 6 mois
	B-Augmenter le taux d'encadrement IDE et AS en nette insuffisance au regard du nombre de résidents et de leur niveau de dépendance (2)	Article L451-1 du CASF Articles D. 451-88 et -89 du CASF - Article L.4391-1 du CSP - Articles R. 4311-3 et -4 et D. 4391-1 à -8 du CSP	Six mois	La mission constate que le taux d'encadrement du personnel soignant : IDE, AS-AMP-AVS n'a pas augmenté. Lors de l'inspection du 17 février 2022 la mission constatait la présence de [REDACTED] ETP <sup>1</sup> de personnel soignant (IDE-AS-AMP-AVS et Medec), dont [REDACTED] ETP de MEDEC et [REDACTED] ETP d'IDE, soit 28,1 ETP sans le MEDEC, pour [REDACTED] résidents présents. Or, selon les documents remis lors de l'inspection du 27 octobre 2022, la mission a constaté la présence de [REDACTED] ETP de personnel soignant (dont [REDACTED] ETP de MEDEC, [REDACTED] ETP d'AS/AMP, [REDACTED] ETP d'AVS et [REDACTED] ETP d'IDE, dont [REDACTED] postes d'IDE vacants) répartis entre [REDACTED] ETP vacants et [REDACTED] ETP pourvus,	Maintenue  Délai de mise en œuvre : 4 mois

<sup>1</sup> Rapport d'inspection n°2022 -0123 du 17 février 2022 : page 22, effectifs médicaux et paramédicaux.







DECISIONS NOTIFIEES SUITE A L'INSPECTION			CONSTATS REALISES SUITE AU CONTROLE		
Injonctions notifiées		Textes de référence	Délai de mise en œuvre	Constats effectués lors de la visite de vérification	Statut de la décision (levée ou maintenue)
	D-Elaborer des plannings établis avec des personnels pérennes répondant aux qualifications requises pour permettre une prise en charge et un accompagnement de qualité (4)	Article L451-1 du CASF - Articles D. 451-88 et -89 du CASF - Article L.4391-1 du CSP - Articles R. 4311-3 et -4 et D. 4391-1 à -8 du CSP - Arrêtés des 29 janvier 2016 et 10 juin 2021 fixant respectivement les référentiels d'activités et de compétences des AS et AVS.	Six mois	L'établissement n'a pas été en capacité de recruter des personnels pérennes. L'établissement a mis en avant une offre de travail trop rare.	Maintenue  Délai de mise en œuvre : 6 mois
3	A- S'assurer que les médicaments et le stock tampon des médicaments soient conservés dans une armoire fermée à clé et que cette dernière ne soit pas accessible au tout venant, tout comme celle du coffre à stupéfiants (1)	- Articles L311-3 et L. 313-26 du CASF,  - Articles D. 312-158 du CASF  - Articles L. 5126-6-1, L.5125-1-1 A du CSP	Immédiat	A- Il a été constaté que le stock tampon de médicaments et le coffre à stupéfiants étaient bien sécurisés dans des armoires fermant à clé. Les clés sont entreposées dans des boîtiers sécurisés par un code (un « JOUR » et un « NUIT ») et accessibles uniquement aux personnes habilitées.	(A) Levée
	B-Mettre en conformité le contenu du coffre à stupéfiants (2)	- Articles R. 4235-48, R. 4311-3 et -4, R.4312-38 et -39, R. 5126-109 et R. 5132-26 du CSP	Immédiat	B- Le contenu du coffre à stupéfiants est conforme. Il a été cependant constaté qu'un certain nombre de médicaments devait être rendus à la pharmacie.	B) Levée



DECISIONS NOTIFIEES SUITE A L'INSPECTION			CONSTATS REALISES SUITE AU CONTROLE	
Injonctions notifiées	Textes de référence	Délai de mise en œuvre	Constats effectués lors de la visite de vérification	Statut de la décision (levée ou maintenue)
C-Etiqueter nominativement les médicaments stupéfiants (3)		Immédiat	C- Il a été constaté que les médicaments stupéfiants ne sont toujours pas étiquetés nominativement par l'officine. L'EHPAD ajoute le nom du résident après réception.	C) Maintenue  Délai de mise en œuvre : 1 mois
D-Tracer en temps réel la distribution et l'administration des médicaments (4)		1 mois	D- Il a été constaté que les tablettes [REDACTED] n'étaient actuellement pas fonctionnelles (problème de chargeur). Les chargeurs ont été commandés et doivent être reçus avant la fin du mois [REDACTED]. De nouvelles tablettes ont été commandées et sont prévues pour [REDACTED]. La traçabilité de l'administration est faite a posteriori sur le logiciel [REDACTED] ce qui n'est pas satisfaisant. Il n'y a pas de support papier actuellement pour assurer la traçabilité en temps réel en l'absence de tablettes. Il a été conseillé à l'EHPAD de prévoir ce support papier au niveau des piluliers afin de pouvoir noter, à minima, au moment de l'administration tout incident potentiellement rencontré.	D) Maintenue  Délai de mise en œuvre : un mois.
E- Rendre le chariot d'urgence fonctionnel de façon à garantir la sécurité des résidents (5)		Immédiat	E- Le chariot d'urgence a été remplacé par un sac d'urgence facilement transportable. Il a été constaté que son contenu a été entièrement revu pour ne pas faire doublon avec le stock tampon. Le sac était correctement scellé. La liste des médicaments étant à l'intérieur du sac : il a été demandé à l'EHPAD de rendre cette liste facile accessible sans avoir à ouvrir et desceller le sac.	E) Levée
F- Revoir les modalités d'utilisation des chariots de médicaments, notamment le		1 mois	F) Il a été constaté que les [REDACTED] chariots de médicaments ont été rangés. Cependant, l'ergonomie des chariots est à revoir car les piluliers rentrent difficilement dans les tiroirs prévus à cet effet et gênent la fermeture. Il a été conseillé à l'EHPAD de prévoir un étiquetage plus clair et plus lisible des stylos à insuline (nom du résident et date de 1 <sup>ère</sup> utilisation) qui sont actuellement rangés en vrac dans une boîte prévue à cet effet.	F) Partiellement levée Compte tenu du manque d'ergonomie des chariots et de l'étiquetage plus ou

DECISIONS NOTIFIEES SUITE A L'INSPECTION			CONSTATS REALISES SUITE AU CONTROLE	
Injonctions notifiées	Textes de référence	Délai de mise en œuvre	Constats effectués lors de la visite de vérification	Statut de la décision (levée ou maintenue)
<p>rangement, pour sécuriser la phase de distribution des médicaments (6)</p> <p>G- Mettre à jour la procédure de délégation d'administration des médicaments par les AS ou AVS, les former et les évaluer (7)</p> <p>H- Actualiser la convention entre l'EHPAD et l'officine pharmaceutique en incluant le nom du professionnel de l'établissement référent de la prise en charge médicamenteuse et des modalités sécurisées de délivrance et préparation des médicaments (8)</p> <p>I -Tracer la réception de la livraison des caisses de médicaments (9)</p>		<p>1 mois</p> <p>1 mois</p> <p>immédiat</p>	<p>G) Une liste des personnes habilitées à administrer les médicaments a été établie. Il n'y a pas de délégation aux AS pour les médicaments injectables, en gouttes ou les stupéfiants (seuls les IDE et MEDEC peuvent les administrer). La liste des personnes habilitées est bien paraphée par le MEDEC.</p> <p>H- La convention entre l'EHPAD et la pharmacie [REDACTED] n'est plus caduque car un avenant à la convention initiale et faisant figurer le titulaire actuel de la pharmacie [REDACTED] a été signé le [REDACTED]. Cependant, il est à noter que la convention n'a pas été revue dans son contenu comme cela avait été demandé, notamment en ce qui concerne les modalités de délivrance et de préparation des médicaments. Il est prévu le [REDACTED] une réunion entre l'EHPAD et la pharmacie. Les modalités de révision de cette convention seront abordées. La nouvelle convention sera à transmettre à l'ARS.</p> <p>I- La livraison des caisses de médicaments n'est toujours pas tracée. Un bon de livraison existe mais celui-ci n'est pas signé à réception des médicaments.</p>	<p>moins visible des stylos à insuline</p> <p>Délai de mise en œuvre : un mois.</p> <p>G) Levée</p> <p>H) Partiellement levée Car convention non revue par rapport à la version de 2017</p> <p>Délai de mise en œuvre : un mois.</p> <p>I) Maintenue</p> <p>Délai de mise en œuvre : 1 mois</p>



DECISIONS NOTIFIEES SUITE A L'INSPECTION			CONSTATS REALISES SUITE AU CONTROLE	
Prescriptions notifiées	Textes de référence	Délai de mise en œuvre	Constats effectués lors de la visite de vérification	Statut de la décision (levée ou maintenue)
<p>1</p> <p>- S'assurer auprès des salariés de la bonne connaissance de procédures de déclarations des EIG, en présenter le bilan annuel en conseil de vie sociale et auprès des salariés.</p> <p>- Organiser systématiquement une enquête sur les causes des EIG, proposer un plan d'actions, le faire connaître et l'évaluer.</p>	<p>Articles L. 331-8-1, D. 311-15, R. 331-9 et -10 du CASF</p> <p>Articles L. 1413-14, R. 1413-68 et -79 du CSP</p>	Trois mois	<p>Les salariés sont encouragés par la direction et l'IDEC à déclarer les EI/EIG et sont sensibilisés aux notions d'EI/EIG par des formations (remise d'une fiche d'émargement) et des entretiens individuels.</p> <p>Cependant certains salariés confondent la déclaration des EI avec les transmissions, d'autres n'ont pas connaissance du logiciel utilisé [REDACTED] pour les déclarations.</p> <p>Le processus de déclaration n'est pas compris comme étant anonyme par les salariés. Le logiciel utilisé permet à l'utilisateur d'inscrire son nom lors de la déclaration, bien que ce ne soit pas nécessaire pour valider l'envoi. Les salariés rencontrés n'avaient pas connaissance de la possibilité de déclarer un EI/EIG sans inscrire leur nom.</p> <p>L'organe interne utilisé pour le suivi des EI (COVIRIS) ne se réunit pas mensuellement mais une fois par trimestre. En conséquence :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>il n'y a pas de retours réguliers et formalisés de l'analyse des causes des EI aux salariés y compris ceux ayant fait une déclaration,</li> <li>le suivi des EI/EIG n'est pas effectué sur une base mensuelle.</li> </ul> <p>L'établissement est en sous déclaration (source : Compte rendu du copil-Coviris du [REDACTED]) : [REDACTED] EI ont été déclarés entre [REDACTED] soit une moyenne de [REDACTED] / mois, et aucune déclaration en mars et en avril. La direction de l'établissement a reconnu une situation de sous déclaration des EI.</p> <p>Aucun CVS n'a été réuni depuis la mission de février donc le sujet des EIG n'a pas pu être abordé. Le CVS n'a donc pas connaissance du bilan des EIG.</p> <p>En ce qui concerne le plan de prévention des EIG, la directrice nous fait part de sa réalisation par l'intermédiaire du DUERP. La rédaction de ce document, commun à toutes les entreprises, ne correspond pas aux spécificités des EIG en EHPAD. Le DUERP ne peut pas relever d'un plan d'actions car il ne prend</p>	<p>Partiellement levée.</p> <p>Certains salariés méconnaissent le système de déclaration des EI et l'application PELIKAN. Il n'y a pas de retours réguliers et formalisés de l'analyse des causes des EI aux salariés y compris ceux ayant fait une déclaration. L'établissement est en sous déclaration. Le CVS n'a donc pas connaissance du bilan des EI-EIG. Le DUERP ne relève pas d'un plan d'actions.</p> <p>Délai de mise en œuvre : 3 mois.</p>



DECISIONS NOTIFIEES SUITE A L'INSPECTION			CONSTATS REALISES SUITE AU CONTROLE	
Prescriptions notifiées	Textes de référence	Délai de mise en œuvre	Constats effectués lors de la visite de vérification	Statut de la décision (levée ou maintenue)
			en compte que les risques relatifs aux salariés et non ceux encourus par les résidents.	

Recommandations émises		Référence	Constats effectués lors de la visite de vérification	Niveau de mise en œuvre (atteint / non atteint/ partiellement atteint)
1	Intégrer aux objectifs du projet d'établissement 2020 2025 l'amélioration du climat social au sein de l'établissement	R1 (p14)	Le projet d'établissement est actuellement en cours d'élaboration. Aucun planning n'a été remis à la mission.	Non atteint
2	L'établissement devrait s'engager dans une action de sensibilisation des professionnels et effectuer des commandes d'eau gélifiée suffisantes afin que le besoin de boire de chaque résident ayant des troubles de la déglutition soit pleinement satisfait.	R8 (p36)	Une action de sensibilisation des professionnels (aux troubles de déglutition et à l'utilisation de l'eau gélifiée) a bien été mise en œuvre (fiches d'émargement des personnels ayant bénéficié de la formation).	Atteint
3	L'établissement devrait préférentiellement louer des lits Alzheimer plutôt que de prescrire des barrières de lit pour ses résidents en UVP, hors indication médicale spécifique.	R9 (p 37)	La direction de l'établissement nous a adressée deux factures d'achat de 50 lits médicalisés Alzheimer. Ces 50 lits couvrent les besoins de l'unité de vie protégée de 28 lits.	Atteint
4	L'établissement devrait commander suffisamment de produits servant aux effleurages permettant d'effectuer une prévention d'escarres efficiente lors de chaque change d'un résident.	R10 (p38)	Les commandes de produits d'effleurage permettant d'effectuer une prévention d'escarres efficiente ont diminué en [REDACTED] par rapport à [REDACTED]. La mission note également que le ratio du nombre d'effleurages possibles au regard du nombre de changes possibles a diminué entre [REDACTED] et les années antérieures [REDACTED].	Non atteint

Recommandations émises		Référence	Constats effectués lors de la visite de vérification	Niveau de mise en œuvre (atteint / non atteint/ partiellement atteint)
			De plus aucune procédure interne à l'établissement concernant les bonnes pratiques en matière d'effleurage n'a été transmise à la mission. Seule la procédure du fournisseur « prévention plaies et escarres » est appliquée. Une formation « Protections, soins de plaies et escarres » a été dispensée les [REDACTED] agents.	
5	Développer et proposer systématiquement la connexion à distance au logiciel [REDACTED] pour tous les médecins de l'établissement et le pharmacien	R13 (p.45)	Le déploiement du logiciel [REDACTED] au sein de l'EHPAD reste encore insuffisant : seuls [REDACTED] médecins traitants sur les [REDACTED] travaillant au sein de l'EHPAD l'utilisent pour leurs prescriptions, obligeant à une retranscription des ordonnances « papier » par le MEDCO dans le logiciel. La pharmacie ne dispose toujours pas d'une connexion à distance au logiciel [REDACTED] pour consultation des prescriptions. De plus l'établissement n'a pas adressé à l'ARS Ile de France les attestations de refus ou d'acceptation des médecins à une connexion à distance au logiciel [REDACTED]	Non atteint
6	L'établissement devrait (re)sensibiliser et (re)former le personnel à la prévention des escarres et au suivi de l'état cutané de chaque résident	R14 (p.49) et R18 (p.54)	L'établissement a transmis à la mission la feuille d'émargement des professionnels ayant suivi la formation sur la prévention des escarres en 2022.	Atteint
7	L'établissement devrait mettre en œuvre une politique de prévention des risques de chutes en établissant un plan d'action spécifique.	R15(p.51)	L'établissement a transmis à la mission la feuille d'émargement des professionnels ayant suivi la formation du [REDACTED] sur la prévention des risques de chutes mais n'a pas établi le plan d'action spécifique attendu	Partiellement atteint
8	L'établissement devrait (re)former le personnel aux transmissions ciblées et à l'utilisation de la méthodologie « Données Actions Résultats » dans le logiciel [REDACTED].	R16 (p.53)	L'établissement a transmis à la mission la feuille d'émargement des professionnels ayant suivi la formation [REDACTED] sur l'utilisation de la méthodologie « Données Actions Résultats » dans le logiciel NETSoins.	Atteint