

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes
La direction générale

Le Département de l'Isère

Directrice Régionale Seniors ARA
Groupe KORIAN
59 rue Denuzière
69002 LYON

Réf = 2022-PMIEC - 21

Lyon, le

18 AVR. 2022

Objet : Notification de décision définitive suite à inspection par les services de l'Agence Régionale de Santé et du conseil Départemental de l'Isère

LRAR A A 174 598 17711

PJ : 1 - tableau des mesures correctives définitives

Madame la Directrice régionale,

Une inspection diligentée à notre initiative au titre des articles L 313-13 du Code de l'Action Sociale et des Familles et l'article L 6116-1 du Code de la Santé Publique s'est déroulée à l'EHPAD L'Isle Verte, à Grenoble, le 7 mars dernier.

Sur la base du rapport conjoint établi par la mission, nous vous avons demandé de nous faire part des mesures correctives que vous envisagiez de mettre en œuvre pour remédier aux non conformités, manquements et dysfonctionnements constatés par les inspecteurs.

Vous nous avez transmis votre réponse en retour, dans le délai imparti, par courrier, daté du 24 mars 2022.

Nous prenons bonne note de l'ensemble des éléments de réponse que vous avez apporté pour remédier aux dysfonctionnements objectivés et nous prenons acte des engagements formulés. Néanmoins, nous constatons que les documents de preuve communiqués n'apportent pas complète satisfaction au regard des constats posés par la mission.

Dans le cadre de la procédure contradictoire, nous avons l'honneur de vous notifier notre décision définitive. Vous veillerez donc à mettre en œuvre l'ensemble des actions attendues, permettant de répondre aux écarts et remarques établis dans le rapport, qui sont présentées dans l'annexe jointe.

Vous vous attacherez en particulier à respecter les droits des résidents et actualiser les outils de la loi 2002-2, notamment :

- produire un projet d'établissement structurant pour l'établissement, pour en faire un document de référence pour la qualité et l'adaptation de la prise en charge aux résidents accueillis, avec l'ensemble des aspects relatifs aux modes d'organisation et de fonctionnement de l'EHPAD,
- actualiser le règlement de fonctionnement,
- redonner toute leur place aux projets personnalisés des résidents en désignant en particulier pour chacun un professionnel référent,
- renforcer l'expression et la participation des résidents et de leurs familles à la vie de la structure, en réunissant régulièrement le Conseil de la vie sociale.

1000

1000

Vous veillerez également à structurer la gestion des risques médicaux autour d'un projet médical et de soins conforme aux dispositions réglementaires, et notamment :

- assurer avec systématisme et rigueur le suivi du poids et le suivi nutritionnel des résidents et en assurer la traçabilité,
- établir un plan de changes des résidents en application des recommandations des bonnes pratiques formulées par la société française de gériatrie et gérontologie,
- assurer la prise en charge des résidents avec escarres à l'appui d'un protocole détaillé.

En outre, nous vous invitons vivement à présenter les conclusions de ce rapport ainsi que les mesures correctives définies 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'Isère de l'ARS (Pôle Autonomie/service Personnes Âgées) et le Conseil départemental de l'Isère (service inspection).

Vous leur transmettez d'ici six mois, à compter de la réception du présent courrier, l'ensemble des éléments probants attestant de la mise en œuvre des actions correctives engagées.

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

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

Nous vous prions d'agréer, Madame la Directrice régionale, l'expression de notre considération distinguée.

Le Directeur général

Pour le Président

Muriel Vidalenc

Copie Mme la Directrice de l'EHPAD
AR1A 174 529 1772 8



CONSTATS	Ecart / Remarques	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE, CONCLUSION ET MESURES CORRECTIVES ATTENDUES/DELAIS
Au jour de l'inspection, la dépendance des personnes accueillies au sein de l'établissement ne correspond pas au niveau de la dotation dépendance fixée par les autorités d'autorisation.	R1	La réponse rappelle l'instruction DGCS/SD5C/2017/123 du 7 avril 2017, pour expliquer "qu'il ne faut pas prendre en compte les GMP déclarés par les médecins coordinateurs des établissements même si le dernier niveau de dépendance validé est ancien et que, par conséquent, le GMP utilisé pour calculer la dépendance est bien le GMP validé à 816". Il est précisé en complément que la nouvelle réévaluation faite au 14 mars 2022 indique un GMP à 805. L'élément de preuve transmis est une extraction de la grille AGIR au 23 mars 2022, précisant un GMP à 808. Pour autant, la liste des résidents, girés présents au jour de l'inspection, fait bien ressortir un GMP à 731. La mission maintient son constat : la population prise en charge dans l'EHPAD en mars 2022 est plus autonome que ce que prévoit le GMP contractualisé dans le CPOM. Enfin, la mission s'étonne de l'incohérence entre les deux GMP (703/808), à 16 jours d'intervalle seulement. Il est pris acte de la réponse de l'établissement.
En n'ayant pas réuni le CVS en 2021, l'établissement contrevient à l'article D311-16 du CASF.	E1	Il est pris acte de la réponse de l'établissement indiquant que : - Un CVS a eu lieu en mars 2021 et en complément deux réunions familles ont également eu lieu en 2021, faute de représentants, - les prochaines élections du CVS sont prévues le 23 mars 22. La mission relève que le CVS de mars 2021 s'est tenu en présence de deux représentants des familles (1 titulaire et 1 suppléant), sans représentation des résidents, ni du personnel. Aucun autre CVS n'a été organisé depuis cette date alors même qu'en novembre 2021, des représentants des résidents étaient désignés. Le livret d'accueil, daté du 22 novembre 2021, mentionne en effet la composition du CVS en novembre 2021 : 2 représentants des résidents (1 titulaire et 1 suppléant), et une représentante du personnel, les trois nommément désignés. La représentation des familles est indiquée en attente d'élections. Rien n'empêchait donc l'établissement de réunir le CVS sur la période de fin d'année 2021 ou début d'année 2022. Mesure corrective attendue : assurer les élections des représentants des familles du CVS conformément à la réglementation et programmer les 3 réunions annuelles du CVS pour l'année 2022.

L'actualisation du projet d'établissement, qui repose sur des groupes de travail dans un calendrier très contraint de trois mois, ne peut permettre un travail approfondi, ni fédérer les professionnels autour des enjeux et objectifs du projet d'établissement, tels que le préconise l'HAS dans sa recommandation des bonnes pratiques professionnelles (ANESM - RBPP "élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service", décembre 2009).		Transmettre comme éléments de preuve : le procès-verbal des élections du 23 mars 2022, la liste complète des membres du CVS (en précisant par catégorie, les titulaires et les suppléants) ainsi que la programmation sur l'année 2022 des 3 réunions du CVS.
	R2	Les éléments de réponse ne sont pas satisfaisants au regard de la nécessité d'inscrire l'élaboration du projet d'établissement dans une démarche participative effective. Il est rappelé que, selon la HAS, le projet d'établissement est le principal document à visée intégratrice, tant sur le plan du sens de l'activité que de l'organisation du travail (RBPP sur l'élaboration du projet d'établissement). La réponse fait état de l'élaboration du projet d'établissement 2021-2026 comme "reposant sur un travail participatif, impliquant l'ensemble des parties prenantes de la structure (professionnels, résidents, entourage, partenaires)". Ce document mentionne : "nous avons mené plusieurs groupes de travail entre septembre et novembre 2021 en revue de direction, avec des familles, des salariés afin d'analyser les forces/faiblesses de l'établissement afin de se projeter sur notre stratégie à 5 ans. Ces groupes ont été riches en échanges pluridisciplinaires". Or, aucun compte rendu "des groupes de travail n'a été transmis comme élément probant. Les seuls éléments de preuve remis sont : - le projet d'établissement 2021 -2026, en cours de finalisation. La mission relève qu'il est peu explicite sur les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'établissement et il ne fait pas référence à un projet général de soins définissant notamment les mesures propres à assurer les soins palliatifs (articles L311-8 et D311-38 du CASF), - le "Manuel qualité Korian". Le process 1 "Management stratégique et gouvernance" fait une présentation des grandes lignes de l'élaboration du projet d'établissement et son actualisation annuelle. Néanmoins, la fiche descriptive est peu détaillée, - 4 feuilles d'émargement des "réunions d'information sur le projet d'établissement" organisées en décembre 2021. Ces réunions ont mobilisé à peine 20 professionnels de l'EHPAD, sur un effectif global de plus de 70 personnes. Aucun document de présentation ou compte rendu de ces réunions n'a été remis. Ces documents n'attestent pas de l'effectivité du travail participatif attendu pour l'élaboration du projet d'établissement. La réponse précise également que le projet d'établissement sera revu annuellement afin d'évaluer l'atteinte des objectifs et de les réajuster le cas échéant. Il est prévu d'intégrer une synthèse au livret d'accueil des résidents. Ces actions prévisionnelles seront à mener dès la finalisation du projet d'établissement.

		Mesures correctives attendues : - compléter le projet d'établissement au regard des attendus de la réglementation, - veiller à diffuser à l'ensemble des professionnels une information collective sur le projet d'établissement et en continu pour les nouveaux salariés (une fois le projet d'établissement validé). Transmettre comme éléments de preuve : le projet d'établissement complété des points prévus par la réglementation, et tout élément de preuve permettant d'attester de la diffusion du projet d'établissement auprès des professionnels de l'EHPAD (à la suite de sa finalisation et en continu auprès des nouveaux professionnels).
En ne veillant pas à la mise à jour régulière des documents sur le panneau d'information à l'entrée de l'EHPAD et ceux du support pivotant installé à l'accueil de l'EHPAD, l'établissement ne remplit pas son obligation d'information des familles.	R3	Il est pris acte que tous les affichages ont été mis à jour (menus, planning animation). Les éléments de réponse sont satisfaisants.
La présence d'un seul IDE certains jours et le recours en continu à des IDE en CDD, pour de courtes périodes, fragilise l'organisation du pôle soin et peut entraîner une dégradation de la prise en charge des résidents.	R4 E2	Les actions menées en interne pour tenter de répondre à la problématique du recrutement d'IDE et d'AS démontrent que la direction de l'EHPAD est en recherche de solutions pérennes pour attirer des professionnels et les fidéliser (interim-annonces-sollicitation IDE libérales). Il convient de poursuivre les efforts et rester vigilants afin d'éviter des situations qui risqueraient, par manque de personnel qualifié, de nuire à la sécurité des résidents. Le diplôme de l'AES titulaire de l'UVP demandé a bien été remis. Les éléments de réponse sont satisfaisants.
Absence d'actualisation des fiches de poste des AS	R5	Il est envisagé de réévaluer les fiches de postes des AS en avril 2022 afin de corriger les mentions erronées repérées par la mission, sur les temps de transmission avec les IDE. La mission en prend bonne note. Mesure corrective attendue : actualiser les fiches de postes des AS. Transmettre comme éléments de preuve les fiches de poste des AS actualisées.

Le dispositif d'astreinte n'est pas organisé : absence de procédure des astreintes précisant les conduites à tenir en cas de situations particulières et les modalités de recours la personne d'astreinte et absence d'informations des professionnels précisant la personne d'astreinte.	R7	La réponse apportée est insuffisante. Il est fait mention de l'actualisation du livret accueil salariés pour inclure la présentation de la procédure d'astreinte, sans joindre cette dernière qui est l'élément probant attendu. De même, il est précisé la mise en place d'un planning du relais téléphonique sur l'année (document remis pour le 1^{er} semestre 2022) et sa diffusion sur les panneaux affichages salariés, sans joindre la note d'organisation du relais téléphonique diffusée aux personnels de l'EHPAD. Par ailleurs, sur le planning du premier semestre 2022 avec le roulement relais téléphonique d'astreinte remis, aucun nom, n'est précisé. Il n'y a que des prénoms, ce qui ne permet pas de repérer la qualification des personnes en astreinte téléphonique. De plus, au regard de la liste des professionnels remis lors de l'inspection, certains prénoms correspondent à des personnels administratifs non cadres. Or, seuls des personnels cadres, membre du CODIR, peuvent participer au dispositif de l'astreinte téléphonique, en remplacement de la Directrice. La mission s'interroge sur la validité du planning produit car en entretien la directrice a affirmé que le relais téléphonique était assuré par trois cadres : la responsable hébergement, la responsable relations familles et l'IDEC. Mesures correctives attendues : - limiter l'astreinte téléphonique aux seuls personnels cadres de l'EHPAD en capacité juridique d'en assurer, - établir une procédure présentant l'organisation de l'astreinte. Transmettre comme élément de preuve : - le planning des astreintes téléphoniques pour 2022, - la procédure d'organisation de l'astreinte et la note d'information à l'attention du personnel de l'établissement, - l'affiche des numéros d'urgence complétée du numéro de contact du cadre d'astreinte. Le plan annuel de formation 2021 est remis en document probant. Les éléments de réponse sont satisfaisants.
Le plan de formation 2021 remis n'est ni stabilisé, ni finalisé.	R8	Le plan annuel de formation 2021 est remis en document probant. Les éléments de réponse sont satisfaisants.
L'absence d'inscription au plan de formation 2021 de formations pour le personnel prenant en charge les résidents ne permet pas de répondre aux besoins des professionnels pour mieux accompagner et soigner les résidents.	R9	La réponse n'apporte aucun éclairage sur la réflexion que devrait mener la direction pour utiliser la formation comme un outil de pilotage, en vue : - de sécuriser et améliorer la qualité de la prise en charge des résidents, - répondre aux besoins des professionnels pour mieux accompagner et soigner les résidents, comme le préconise l'HAS/ANESM (RBPP missions du responsable d'établissement et au rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance - partie II – Décembre 2008).

		Mesure corrective attendue : établir un plan de formation intégrant des actions de formation sur la promotion de la bientraitance ainsi que sur des thématiques en lien avec l'accompagnement des personnes vulnérables. Transmettre comme élément de preuve le plan annuel de formation prévisionnel 2023.
L'établissement ne met pas en place de dispositif d'analyse de la pratique professionnelle.	R10	La réponse repose sur l'existence d'un groupe de parole hebdomadaire, piloté par le psychologue de l'établissement pour les soignants, et sur la mise en place de mini formations sur la bientraitance, qui seront organisées en 2022, en interne également. Ces temps d'échange peuvent être valablement entendus comme des temps de partage interprofessionnel. Néanmoins, ils ne peuvent s'apparenter à des espaces permettant aux équipes de prendre la distance indispensable à leur accompagnement, possible dans le cadre du dispositif d'analyse de la pratique professionnelle, encadrée par un professionnel extérieur. Mesures correctives attendues : mettre en place un dispositif d'analyse de la pratique professionnelle avec un encadrement extérieur. Transmettre comme élément de preuve la convention d'analyse de la pratique professionnelle signée avec l'intervenant extérieur et le calendrier retenu des séances d'APP pour 2023.
La mission d'inspection ne s'est pas vu remettre le dernier avis favorable de la commission de sécurité.	R11	L'avis favorable du 9 décembre 2021, notifié le 3 janvier 2022, suite à la visite de la commission de sécurité effectuée le 17 novembre 2021, est remis à la mission en document probant. Les éléments de réponse sont satisfaisants.
L'accès aux locaux de stockage dans les unités des étages et les aspérités de la terrasse extérieure au rez-de-chaussée représentent un risque pour la sécurité des résidents.	R12	La réponse repose sur la demande d'un devis en juillet 2022 afin de remettre à niveau le sol de la terrasse. La demande d'un devis n'apporte pas de sécurisation immédiate. Il est également fait état du rappel des consignes faites lors des transmissions journalières afin que les locaux de stockage soient systématiquement fermés. Mesure correctives attendue : envisager dès à présent la solution technique visant à sécuriser la terrasse extérieure des risques de chute. Transmettre comme éléments de preuve le devis signé et la date envisagée pour les travaux.
L'établissement ne respecte pas les normes HACCP et la réglementation afférente en ce qui concerne les réfrigérateurs situés dans les	E3	L'établissement informe que des fiches de suivi sont en place et que des contrôles hebdomadaires sont dorénavant effectués par la responsable hébergement.

unités de vie.		Transmettre comme élément de preuve les copies des fiches de suivi des températures et nettoyage des réfrigérateurs sur une période de 3 mois.
La signalétique ne favorise pas le repérage spatial des personnes accueillies.	R13	La réponse repose sur des éléments circonstanciels liés à la période de travaux actuellement en cours au sein de l'établissement. Dans ce contexte, la mission est informée que la signalétique sera renouvelée en mai 2022 au sein de l'UVP. Mesure corrective attendue : adapter la signalétique aux personnes accueillies au sein de l'UVP afin de favoriser leur repérage spatial. Transmettre comme élément de preuve les photographies de l'UVP permettant d'identifier la signalétique installée.
L'absence de mise en place de tapis antidérapants pour les temps de douche représente un facteur de chutes important.	R14	La réponse repose sur la rénovation en cours de l'établissement et de l'ensemble des 92 salles de bains qui, à terme en juillet 2022, seront toutes équipées d'un sol antidérapant. Les éléments de réponse sont satisfaisants.
Le règlement de fonctionnement date de plus de 5 années ce qui est en contradiction avec l'article R.311-33 du CASF.	E4	La réponse repose sur la transmission d'un nouveau règlement de fonctionnement mis à jour le 14 mars 2021 et ayant une date de prise d'effet au 24 mars 2022, soit 15 jours après l'inspection. Ce document n'avait jusqu'alors pas été remis à la mission d'inspection. Le document transmis paraît être un document de travail non finalisé, non paraphé. Le document remis référencé « 14 – remise règlement fonctionnement.pdf » atteste de la remise d'un règlement de fonctionnement mis à jour le 23 janvier 2015 et remis à un résident le 23 octobre 2021. La réponse formulée par l'établissement est incohérente et n'est pas satisfaisante. Mesure corrective attendue : établir un règlement de fonctionnement en application des articles L311-7 et R311-33 à R311-37-1 du CASF. Transmettre comme élément de preuve le règlement de fonctionnement daté et arrêté par l'instance compétente de l'organisme gestionnaire, après consultation des instances représentatives du personnel de l'établissement et du conseil de la vie sociale.
L'établissement ne peut attester de la remise du livret d'accueil et du règlement de fonctionnement à chacun des résidents pris	E5	La réponse repose sur l'existence d'un document faisant état de la liste des documents à remettre au résident et devant figurer en annexe au contrat de séjour lors de l'admission d'un nouveau résident. La mission prend note de l'existence de ce document dont elle a, par ailleurs, constaté l'absence dans les

en charge au sein de l'EHPAD ce qui est en contradiction avec les articles L311-4 et R311-33 à R311-37 du CASF.		dossiers consultés. L'action programmée afin de mesurer les pièces manquantes parmi les dossiers paraît en ce sens une initiative pertinente et nécessaire à la régularisation de certains dossiers. Mesures correctives attendues : assurer la traçabilité des documents remis à chacun des résidents, notamment en ce qui concerne le livret d'accueil et ses annexes dont le règlement de fonctionnement. Transmettre comme élément de preuve les fiches de traçabilité des documents remis aux nouveaux résidents sur la période du 1^{er} janvier au 31 mars 2022.
L'absence de référent, qui n'offre pas les garanties nécessaires au déroulement des différentes phases du projet personnalisé et à la cohérence des interventions est contraire aux RBPP de l'ANESM de décembre 2008, reprises par la HAS, relatives aux attentes de la personne concernant le projet personnalisé.	R15	La réponse de l'établissement repose sur l'existence d'un ETP d'aide-soignante référente dédiée aux relations avec les résidents et les familles et participant aux réunions projet personnalisé et d'une responsable de la relation familles (RFF) présente au sein de l'établissement pour suivre les demandes particulières et accompagnement spécifique. La réponse fournie par l'établissement n'est pas satisfaisante. La fiche de poste de la RFF transmise ne présente aucune mission relative à la coordination du projet personnalisé de chacun des résidents. Aucun professionnel n'est désigné au sein de l'établissement en qualité de référent ou de coordonnateur de projet afin de veiller au déroulement des différentes phases du projet personnalisé et à la cohérence des interventions pour chacun des résidents. Mesure corrective attendue : définir pour chacun des résidents un professionnel référent, garant du déroulement des différentes phases du projet personnalisé et de la cohérence des interventions. Transmettre comme élément de preuve la liste des professionnels ayant en charge la référence des projets personnalisés de chacun des résidents.
L'établissement n'élabore pas de plan de changes des résidents ce qui n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par la société française de gériatrie et gérontologie (DGS/DGAS/SFGG, Les bonnes pratiques de soins en EHPAD, octobre 2007) reprises par la HAS (RBPP "Qualité de vie en EHPAD (volet4) et l'accompagnement personnalisé de la santé du résident", novembre 2012).	R16	L'établissement fournit comme réponse le plan de changes généré le 02 août 2020 (soit 15 mois avant l'inspection du 7 mars 2022) pour 21 résidents alors hébergés au 1^{er} étage de l'établissement. La réponse de l'établissement n'est pas satisfaisante. Mesure corrective attendue : établir un plan de changes des résidents en application des recommandations des bonnes pratiques formulées par la société française de gériatrie et gérontologie. Transmettre comme élément de preuve le plan de changes actualisé des résidents.
La surveillance alimentaire/le suivi du poids ne sont pas systématiquement organisés, contrairement aux bonnes pratiques	R17	La réponse fournie par l'établissement confirme les constats établis par la mission à savoir que la surveillance alimentaire et le suivi du poids des résidents ne sont pas systématiquement effectués. L'établissement fait état d'un taux de pesées de 85 % en février 2022 et d'un taux de suivi nutritionnel

formulées par la HAS (RBPP "Qualité de vie en EHPAD" (volet 4) et "l'accompagnement personnalisé de la santé du résident", novembre 2012).		de 77% sur la même période. Mesures correctives attendues : assurer avec systématisme et rigueur le suivi du poids et le suivi nutritionnel des résidents et en assurer la traçabilité. Transmettre comme élément de preuve les taux de pesées et de suivi nutritionnels de mars à juin 2022.
Les plans de soin ne prévoient pas de toilette buccale quotidienne des résidents, ce qui n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par la Société française de gériatrie et gérontologie.	R18	En réponse, il est mentionné qu'actuellement 25 résidents ont des soins de bouches programmés dans leurs plans de soins et qu'une évaluation va être établie par l'IDEC afin de compléter les plans de soins des résidents ayant une indication de soins de bouches. Il est aussi précisé que l'évaluation de l'état buccal est faite pour toute admission. En complément, la procédure "soins de bouche et entretien des prothèses dentaires", datée de janvier 2022, a été remise comme élément probant. Ce document est détaillé et clair. Les éléments de réponse sont satisfaisants.
Le projet général de soins n'est pas élaboré, et n'est pas intégré au projet d'établissement en cours de rédaction, en contradiction avec l'article D312-158-1° du CASF	E6	La réponse fait référence aux axes stratégiques 3 et 4 du projet d'établissement 2021-2026 : - renforcer la confiance et favoriser l'alliance thérapeutique, - conforter l'accompagnement médical des résidents dans un contexte de désertification. Il est également rappelé que le projet d'établissement sera évalué, complété et modifié chaque année et que les MEDEC et IDEC participeront à la mise à jour de la version 2022. Les 2 axes stratégiques du projet d'établissement cités sont déclinés en objectifs opérationnels centrés sur les soins, qu'il conviendra de compléter (pilote, échéances, processus mobilisés, modalités d'évaluation/ indicateurs). Néanmoins, ils ne se rapportent pas à un projet général de soins, intégré au projet d'établissement, contrairement à ce que prévoit la réglementation (article D312-158 du CASF). En élément de preuve, il est fait référence à 7 process du "Manuel qualité Korian", qui traitent de la prise en charge du soin. Ces documents s'apparentent à des protocoles. Ils sont très complets. Le médecin coordonnateur pourra utilement s'appuyer sur eux pour construire le projet général de soins. Mesures correctives attendues : élaborer un projet général de soins et l'intégrer au projet d'établissement conformément à la réglementation. Transmettre comme élément de preuve le projet d'établissement complété du projet général de soins.

Le traitement des escarres ne fait pas l'objet d'un protocole thérapeutique ajusté en fonction des stades des escarres, avec liste des soins cutanés, dates de réfection et de suivi, et liens à faire avec les médecins traitants et médecin coordonnateur.	R19	La réponse présente les modalités de prise en charge des résidents avec escarres : des pansements sont programmés avec un plan de soins individualisé ; le risque d'escarre est systématiquement évalué à l'entrée par les IDE dans le cadre du bilan gériatrique. Mais, aucun élément de preuve n'est apporté. Il est également précisé que : - la MEDEC a programmé une commission gériatrique lors de laquelle elle abordera le protocole de suivi des escarres avec les médecins traitants. L'ordre du jour de la commission gériatrique n'est pas transmis, - l'IDEC, arrivé en poste le 21 février 2022, va poursuivre le suivi des escarres : une réunion IDEC de la région a eu lieu en mars auquel il a assisté afin d'aborder les sujets plaies/cicatrisation. La convocation à la réunion n'a pas été transmise. Le protocole Korian de "traçabilité des escarres dans le DPI : [REDACTED] daté de juin 2021, a été transmis comme élément de preuve. Pour autant, ce document est en décalage avec les attendus de la remarque. En effet, il s'agit d'un document qui décrit la manière de tracer l'évaluation des escarres dans le DPI et non les modalités de traitement effectif des escarres à leurs différents stades. Par ailleurs, la mission relève une incohérence sur le nombre de résidents présentant des escarres. En effet, la réponse fait état de 6 résidents porteurs d'escarres dont 4 avec des escarres acquises avant l'entrée (sur 76 résidents), alors qu'au jour de l'inspection, il a été mentionné 3 résidents avec escarres (1/stade 1 et 2/stade 2). Mesure corrective attendue : élaborer un protocole thérapeutique pour le suivi des escarres, ajusté en fonction des stades des escarres, avec liste des soins cutanés, dates de réfection et de suivi, et liens à faire avec les médecins traitants et médecin coordonnateur. Transmettre comme élément de preuve le protocole thérapeutique de la prise en charge des escarres.
La convention de partenariat avec l'HAD n'a pas été révisée depuis 2008, pour tenir compte des évolutions intervenues.	R20	Il est pris acte de la réponse qui précise que la convention est active mais que, du fait de l'arrivée d'un nouveau MEDEC et d'un nouvel IDEC, la convention va faire l'objet d'une mise à jour du document avec signatures par les deux parties. Mesure corrective attendue : réviser la convention de partenariat avec l'HAD. Transmettre comme élément de preuve la convention de partenariat avec l'HAD actualisée.

