

DELEGATION DEPARTEMENTALE
DE LA HAUTE-VIENNE
POLE INSPECTION/CONTROLE/RECLAMATIONS

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA HAUTE-VIENNE
POLE PERSONNES AGEES – PERSONNES
HANDICAPEES

Sous-direction établissements et services PA

2025-124

Le Directeur Départemental et le Président du
Conseil départemental

à

Madame la Directrice
EHPAD « Les 5 sens »
45-51 rue Jean de Vienne
87100 LIMOGES

Limoges, le 19 FEV. 2025

Objet : Inspection de l'EHPAD « Les 5 sens » - Notification définitive
Lettre recommandée avec AR n° : 1A 195 443 7108 8

Madame la Directrice,

Dans le cadre de la procédure contradictoire liée à l'inspection inopinée qui s'est déroulée les jeudi 23 et vendredi 24 mai 2024 au sein de l'EHPAD « Les 5 sens », situé 45-51 rue Jean de Vienne à LIMOGES, une première lettre recommandée contenant un courrier d'accompagnement, un rapport d'inspection et un tableau de synthèse des écarts et remarques vous a été présentée par les services postaux le 12 octobre 2024. Cette lettre nous a été restituée le 25 novembre 2024 pour motif « Pli avisé et non réclamé ».

Un second courrier vous a été adressé en date du 6 décembre 2024, réceptionné par votre établissement le 7 décembre. Dans le cadre des dispositions des articles L.121-1 et L.122-1 du code des relations entre le public et l'administration, vous avez formulé des observations sur les mesures correctives que nous envisagions de vous notifier à l'issue de cette inspection. Vos retours sont parvenus à l'ARS le 23 janvier 2025 et au Conseil Départemental le 21 janvier 2025.

L'équipe d'inspection a pris connaissance des éléments que vous avez apporté et vous en remercie. Les recommandations et prescriptions qui vous avaient été notifiées en première intention sont désormais définitives. Elles peuvent faire l'objet d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif de Limoges dans un délai de deux mois à compter de la date de réception de ce courrier. Ce recours peut également être exercé par voie électronique avec saisine du tribunal administratif par le biais de l'application Télé recours citoyens accessible sur le site www.telerecours.fr

Nous tenons cependant à attirer votre attention sur certains points :

- Le signalement aux autorités compétentes des dysfonctionnements graves et événements ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien être des personnes prises en charge est réglementairement encadré par l'article L.331-8-1 du CASF,

le décret n°2016-18-13 du 21 décembre 2016 et l'arrêté du 28 décembre 2016 relatifs à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales. La « procédure indiquée pour l'établissement » doit respecter ces références réglementaires.

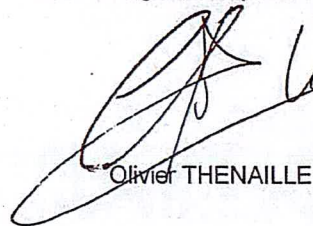
- Les autorités compétentes n'ont pas vocation à autoriser des effectifs mais à délivrer une dotation globale, dont la gestion est à la main de l'organisme gestionnaire, conformément aux dispositions prises dans le CPOM. La répartition des dotations financières allouées par domaine d'activité incombe également aux organismes gestionnaires.

Nous avons par ailleurs pris bonne note des dispositions que vous avez prévues de mettre en place au regard des écarts et remarques qui vous ont été notifiés. Afin d'apprécier l'avancée de vos travaux sur les différents domaines ciblés (formation, circuit du médicament, gestion des événements indésirables, prise en charge du risque de chute...) une visite de suivi sera organisée le :

Mardi 16 septembre 2025 à partir de 9h00

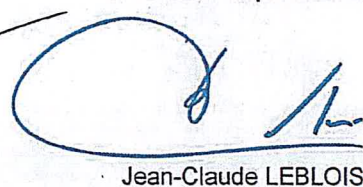
Nous vous prions d'agréer, Madame la Directrice, l'expression de notre considération distinguée.

Le Directeur
de la Délégation Départementale,



Olivier THENAILLE

Le Président
du Conseil départemental,



Jean-Claude LEBLOIS

Tableau de synthèse des écarts/remarques et des décisions envisagées – EHPAD Landouge

Écarts	Rappel de la réglementation	Nature de la mesure attendue (Injonction – Prescription - Recommandation)	Délais de mise en œuvre
<u>Écart 1</u> : Le local DASRI n'est pas réservé à l'entreposage de déchets et sert également de lieu de stockage multiusage sans distinction entre les différentes catégories d'éléments entreposés ni identification spécifique des DASRI.	Arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques.	Prescription 1 : Veiller à ce que la surface du local DASRI soit adaptée à la quantité de déchets et de produits qui y sont entreposés et délimiter chaque zone du local.	2 mois
<u>Écart 2</u> : En ne rendant pas directement accessible le Projet d'établissement, l'EHPAD ne respecte pas la réglementation qui rend désormais obligatoire son affichage dans ses locaux, à proximité des autres documents, notices et services d'information (...), (CASF, Art. D. 311-38-4).	Article D311-38-4 du CASF Sans préjudice des dispositions du 2° de l'article D. 311-15, le projet d'établissement est établi et révisé après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation. Le projet et ses révisions sont transmis aux autorités compétentes pour délivrer l'autorisation de l'établissement ou du service. Il est affiché dans les locaux de l'établissement ou du service, à proximité des autres documents, notices et services d'information, notamment le règlement de fonctionnement, la charte des droits et des libertés de la personne accueillie, l'arrêté de désignation des personnes qualifiées, la composition et le dernier compte-rendu du conseil de la vie sociale et les tarifs applicables dans l'établissement ou le service. Le projet est mis à disposition des personnels, des partenaires, des personnes accueillies ou accompagnées et de leur entourage dans un format adapté permettant à toute personne d'en prendre connaissance.	Prescription 2 : Afficher le projet d'établissement.	Immédiat
<u>Écart 3</u> : En ne rendant pas directement accessible le Règlement de fonctionnement, l'établissement ne respecte pas la réglementation qui rend obligatoire son affichage dans ses locaux (CASF, Art. R. 311-34).	Article R311-34 du CASF Sans préjudice de sa remise à toute personne accueillie ou à son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou à la personne chargée de la mesure de protection juridique, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, en annexe du livret d'accueil, le règlement de fonctionnement est affiché dans les locaux de l'établissement ou du service et remis à chaque personne qui y est prise en charge ou qui y exerce, soit à titre de salarié ou d'agent public, soit à titre libéral, ou qui y intervient à titre bénévole.	Prescription 3 : Afficher le règlement de fonctionnement.	Immédiat

Écart 4 : L'établissement compte parmi ses effectifs des professionnels ne disposant pas de qualifications. Le défaut de connaissance des troubles que présentent les résidents accueillis et de maîtrise des pratiques par ces professionnels peut être préjudiciable à la qualité de l'accompagnement des résidents.	Article L312-1 du CASF I.-Sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux, au sens du présent code, les établissements et les services, dotés ou non d'une personnalité morale propre, énumérés ci-après : [...] 6° Les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ; [...] Les prestations délivrées par les établissements et services mentionnés aux 1° à 15° et au 17° du I sont réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées. Ces établissements et services sont dirigés par des professionnels dont le niveau de qualification est fixé par décret et après consultation de la branche professionnelle ou, à défaut, des fédérations ou organismes représentatifs des organismes gestionnaires d'établissements et services sociaux et médico-sociaux concernés.	Dans le plan de formation 2025 Prescription 4 : Prévoir des formations qualifiantes pour les professionnels faisant fonction dans le cadre du plan de formation.	Prescription 5 : Assurer un temps de présence du médecin coordonnateur conforme à la réglementation.
Écart 5 : Le temps consacré à la coordination médicale à l'EH PAD est insuffisant au vu du nombre de résidents accueillis conformément aux dispositions prévues par le décret n°2022-731 du 27 avril 2022 (0,6 ETP pour les établissements entre 60 et 99 places).	Article D312-156 du CASF Tout établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I de l'article L. 312-1 doit se doter d'un médecin coordonnateur. Pour les établissements mentionnés au I de l'article L. 313-12 et ceux dont la valeur du groupe iso-ressources moyen pondéré est égale ou supérieure à 800 points, le temps de présence du médecin coordonnateur, pour sa fonction de coordination, ne peut être inférieur à : -un équivalent temps plein de 0,40 pour un établissement dont la capacité autorisée est inférieure à 44 places ; -un équivalent temps plein de 0,40 pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 45 et 59 places ; -un équivalent temps plein de 0,60 pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 60 et 99 places ; -un équivalent temps plein de 0,80 pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 100 et 199 places ; -un équivalent temps plein de 1 pour un établissement dont la capacité autorisée est égale ou supérieure à 200 places. Pour les groupements de coopération sociale ou médico-sociale qui exercent les missions mentionnées au b du 3° de l'article L. 312-7, le temps de présence du médecin coordonnateur est	1 an	

	déterminé dans les conditions mentionnées au présent article en fonction de la totalité des capacités installées des établissements qui en sont membres et dont les organismes gestionnaires ont souhaité leur confier l'exploitation directe d'autorisations médico-sociales. Au sein des établissements mentionnés au I de l'article L. 313-12 dont la capacité autorisée est inférieure à 200 places, la fonction de coordination prévue au V du même article est occupée par un seul médecin.		
Écart 6 : La mission constate un défaut de signalement aux autorités compétentes des EI/EIG/EIGS et MDO survenus au sein de l'établissement.	Article L.331-8-1 du CASF : les établissements et services et les lieux de vie et d'accueil informent sans délais, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, les autorités administratives compétentes pour leur délivrer l'autorisation prévue à l'article L.313-1 ou pour recevoir leur déclaration en application des articles L.321-1 et L.322-1 de tout dysfonctionnement grave dans leur gestion ou leur organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits et de tout événement ayant pour effet de menacer ou compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagner. Décret n°2016-1813 du 21 décembre 2016 et Arrêté du 28 décembre 2016 relatifs à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.	Prescription 6 : Signaler aux autorités compétentes les dysfonctionnements graves et événements ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien être des personnes prises en charge prévus à l'article L.331-8-1 du code de l'action sociale et des familles.	Immédiat
Écart 7 : En ne disposant pas pour chaque résident d'un projet individualisé, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du code de l'action sociale et des familles.	Article L.311-3 du CASF : l'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés [...] 3° Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, de la personne chargée de cette mesure, qui tient compte de l'avis de la personne protégée, doit être recherché.	Prescription 7 : Définir un échéancier de mise en œuvre des projets personnalisés de chaque résident.	1 mois

<u>Écart 8</u> : Le jour de l'enquête la consultation de la liste montre des anomalies : - deux lignes pour la même spécialité LASILIX 20mg/2ml avec deux quantités différentes de dotation, la ligne 2 boîtes avec deux dates de péremption 12/25 et 09/25 et la ligne avec une boîte et aucune date de péremption, les deux lignes n'ont pas de dates de commande ni de livraison, - une ligne avec la spécialité LOVENOX 0,8ml/8000 UI, sans quantité de dotation ni date de péremption mais avec une date de commande 06/05 et une date de livraison 07/05. Ce constat ne permet pas le respect des documents qualité internes de l'établissement.			Prescription 8 : Veiller à ce que la liste nominative relative au contenu du chariot d'urgence soit dûment complétée conformément au système documentaire interne de l'établissement.	Immédiat
<u>Écart 9</u> : Dans l'infirmerie, une bouteille d'oxygène gazeux sous pression était présente mais non sécurisée contre les risques de chute et ce constat ne permet donc pas le respect des préconisations de la brochure « Les bouteilles de gaz » édition INRS ED 6369 de mai 2020.		Brochure « Les bouteilles de gaz » édition INRS ED 6369 de mai 2020.	Prescription 9 : Sécuriser le stockage de la bouteille d'oxygène gazeux.	Immédiat
<u>Écart 10</u> : La réalisation de soins aux résidents dans les lieux communs et en présence d'autres résidents est incompatible avec le respect de l'intimité des résidents et les conditions d'hygiène nécessaires à la réalisation de tels actes de soins.		Article L311-3 du CASF L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés : 1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée et familiale, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement ;	Prescription 10 : Réaliser les soins des résidents dans des lieux dédiés, propices au respect de l'intimité et des conditions d'hygiène.	Immédiat

<u>Ecart 11</u> : L'absence de liste préférentielle de médicaments ne permet de respecter les dispositions de l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.	2° Sous réserve des pouvoirs reconnus à l'autorité judiciaire et des nécessités liées à la protection des mineurs en danger et des majeurs protégés, le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé ; 3° Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, de la personne chargée de cette mesure, qui tient compte de l'avis de la personne protégée, doit être recherché ; 4° La confidentialité des informations la concernant ; 5° L'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf dispositions législatives contraires ; 6° Une information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition ; 7° La participation directe de la personne prise en charge à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne. Cette personne bénéficie de l'aide de son représentant légal, s'il s'agit d'un mineur ou, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique à la personne qui n'est pas apte à exprimer sa volonté, de la personne chargée de cette mesure, qui tient compte de son avis.	<u>Article D312-158 du CASF</u> Sous la responsabilité et l'autorité administratives du responsable de l'établissement, le médecin coordonnateur qui assure l'encadrement médical de l'équipe soignante : [...] 7° Contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale . Il prend en compte les recommandations de bonnes pratiques existantes en lien, le cas échéant, avec le pharmacien chargé de la	<u>Prescription 11</u> : Etablir une liste préférentielle de médicaments.	6 mois
--	--	---	---	---------------

	gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien mentionné à l'article L. 5126-6 du code de la santé publique ; Article L165-1 du Code de la Sécurité Sociale	
--	--	--

Remarques	Rappel de la réglementation	Nature de la mesure attendue (Injonction – Prescription - Recommandation)	Délais de mise en œuvre
<u>Remarque 1</u> : Certaines pièces font l'objet d'un encombrement inapproprié comparativement à l'utilisation qui leur est dévolue.		<u>Recommandation 1</u> : Veiller à ce que les pièces de l'établissement soient dédiées à l'usage auquel elles sont dévolues.	3 mois
<u>Remarque 2</u> : Les jours de présence sur site, la mission a pu constater que la propreté des locaux n'était pas optimale (sol collant, salle de restauration souillée alors qu'elle ne sert pas aux repas sur cette période en raison d'un épisode de GEA, odeurs persistantes notamment dans l'ascenseur).		<u>Recommandation 2</u> : Veiller à ce que les locaux soient maintenus dans un état de propreté satisfaisant.	Immédiat
<u>Remarque 3</u> : La dégradation de certaines composantes des locaux peut impacter la sécurité des personnes accueillies.		<u>Recommandation 3</u> : Veiller à ce que les dégradations liées à l'usure des locaux ou aux actes des résidents puissent être résolues dans les meilleurs délais, notamment si elles impactent la sécurité des résidents.	Immédiat
<u>Remarque 4</u> : La visibilité du transport du corps de personnes décédées peut être perturbante pour les résidents et proches présents dans l'établissement.		<u>Recommandation 4</u> : Veiller à ce que les sorties de corps des personnes décédées s'effectuent hors présence de résidents ou de visiteurs afin de respecter l'intimité que requiert ce genre de situation.	Immédiat
<u>Remarque 5</u> : L'absence de suivi de certaines données de population ne permet pas à l'établissement d'optimiser l'adaptation de ses prestations aux évolutions du public accueilli.		<u>Recommandation 5</u> : Intégrer au rapport d'activité un suivi de l'évolution du public accueilli dans toutes ses dimensions (acceptation, refus, profils pathologiques et sociaux).	1 an
<u>Remarque 6</u> : En n'appliquant pas de modalité permettant la participation du personnel et des personnes accueillies, l'établissement contrevient à la réglementation qui rend désormais obligatoire l'élaboration du Projet d'établissement avec leur participation selon des modalités adaptées à l'établissement ainsi qu'au public accueilli et qui sont précisées dans le projet (CASF, Art. D. 311-38-3). L'absence de mise en œuvre de cette disposition récente constituerait, pour le		<u>Recommandation 6</u> : Associer, lors de l'élaboration du prochain projet d'établissement, l'ensemble des personnels.	1 an

prochain projet d'établissement, un écart à la réglementation.			
<u>Remarque 7</u> : L'absence d'animation du suivi du projet d'établissement ne permet pas d'en faire un outil de pilotage et ne permet pas aux personnels de se l'approprier en donnant un sens à leurs pratiques.		<u>Recommandation 7</u> : Instaurer une méthodologie de suivi du projet d'établissement qui implique les professionnels.	6 mois
<u>Remarque 8</u> : L'organigramme ne définit pas clairement l'organisation du service de lingerie.		<u>Recommandation 8</u> : Faire apparaître le service lingerie sur l'organigramme.	1 mois
<u>Remarque 9</u> : L'absence de lien hiérarchique entre le responsable du service cuisine et certains membres de son équipe peut complexifier l'organisation.		<u>Recommandation 9</u> : Poursuivre la réflexion sur l'organisation du service cuisine.	6 mois
<u>Remarque 10</u> : L'organigramme n'est pas actualisé.		<u>Recommandation 10</u> : Actualiser l'organigramme afin de faire apparaître l'ensemble des professionnels titulaires.	1 mois
<u>Remarque 11</u> : La fiche de fonction est commune à l'ensemble des directeurs d'EHPAD de la Mutualité Française Limousine et n'est pas spécifique à l'établissement inspecté.		<u>Recommandation 11</u> : Veiller à ce que les fiches de fonctions définissent spécifiquement les missions et fonctions des directeurs nommés en fonction de leur affectation.	6 mois
<u>Remarque 12</u> : Eu égard aux spécificités du public accueilli, il a pu être reporté à la mission le défaut de sensibilisation de certains professionnels de la structure à la maladie d'Alzheimer.		<u>Recommandation 12</u> : S'assurer que les professionnels recrutés disposent de connaissances sur les spécificités d'accompagnement que requièrent le public accueilli ou à défaut prévoir leur sensibilisation dans les premières semaines de prise de poste.	Dans les meilleurs délais et le prévoir dans le plan de formation 2025
<u>Remarque 13</u> : L'absence de définition précise des missions et responsabilités pour l'ensemble des professionnels ne permet pas aux salariés d'appréhender clairement leur rôle et positionnement au sein de la structure.		<u>Recommandation 13</u> : Élaborer pour chaque professionnel une fiche de poste actualisée et conforme à ses missions.	1 an

Cela n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles. (Recommandation HAS : « Mission du responsable dans la prévention et le traitement de la maltraitance » Décembre 2008)				
<u>Remarque 14</u> : Le temps d'animation apparaît relativement faible compte-tenu des spécificités du public accueilli et de la configuration architecturale et organisationnelle de la structure.		<u>Recommandation 14</u> : Envisager la possibilité de renforcer le temps d'animation.	1 an	
<u>Remarque 15</u> : L'analyse des plannings met en évidence une diminution des effectifs sur les périodes de week-end, susceptible de perturber la continuité et la qualité de l'accompagnement et notamment la part de prise en charge consacrée aux activités sur ces périodes.		<u>Recommandation 15</u> : Étudier, dans le cadre du prochain projet d'établissement, une organisation permettant de maintenir un accompagnement et des activités d'animation adaptées aux personnes accueillies sur les périodes de week-end.	1 an	
<u>Remarque 16</u> : L'absence de compétences de psychologue n'est pas propice à un accompagnement optimal des résidents et de leurs proches.		<u>Recommandation 16</u> : Continuer à rechercher une compétence de psychologue pour l'établissement et dans l'attente, envisager la possibilité de recours à une psychologue en poste sur un autre établissement de la MFL pour les situations qui le nécessitent particulièrement.	Immédiat	
<u>Remarque 17</u> : L'organisation de l'activité d'entretien des locaux paraît dispersée et n'apporte pas toute satisfaction (constats par la mission de zones non nettoyées et de mauvaises odeurs dans l'établissement).		<u>Recommandation 17</u> : Reprendre l'organisation de la fonction entretien dans le cadre de l'élaboration du prochain projet d'établissement.	1 an	
<u>Remarque 18</u> : La mission a pu constater que les informations communiquées oralement ou par écrit lors des transmissions n'étaient pas toujours connues de l'ensemble de l'équipe soignante et d'accompagnement.		<u>Recommandation 18</u> : Veiller à ce que l'ensemble des professionnels prenne connaissance des informations diffusées lors des transmissions.	2 mois	

<u>Remarque 19</u> : Les réunions entre la direction et l'ensemble des équipes visant à faire le point sur les éventuelles problématiques rencontrées ne sont pas instaurées.	Recommandation 19 : Instaurer des modalités d'échanges entre la direction et l'ensemble des fonctions de l'établissement afin de renforcer la transversalité.	6 mois
<u>Remarque 20</u> : Le recours à du personnel faisant fonction et/ou intérimaire dont les connaissances des spécificités du public accueilli ne peuvent être garanties, peut fragiliser la qualité de l'accompagnement des résidents.	Recommandation 20 : Systématiser une méthode de sensibilisation / formation des nouveaux arrivants aux spécificités du public accueilli afin d'optimiser l'adaptation des pratiques des professionnels.	6 mois
<u>Remarque 21</u> : En ne mettant pas en place de dispositif d'analyse des pratiques, l'établissement n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par l'HAS qui recommande « qu'un dispositif d'analyse des pratiques vienne compléter les autres moments de communication interne et de transmission d'informations, afin d'aider les professionnels dans leur mise à distance et leur réflexion critique sur les pratiques quotidiennes » (Recommandation HAS: « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » Décembre 2008).	Recommandation 21 : Instaurer une analyse des pratiques professionnelles animée par un professionnel extérieur éventuellement en mutualisant les moyens avec d'autres EHPAD du secteur ou du ressort de la MFL.	Dans les meilleurs délais et le prévoir dans le plan de formation 2025
<u>Remarque 22</u> : L'absence de visibilité sur le traitement donné à certaines fiches de signalement d'événements indésirables ne permet pas la mise en œuvre d'une véritable politique de gestion des risques.	Recommandation 22 : Veiller à ce que l'ensemble des EI déclarés fassent l'objet d'un traitement complet, avec mise en place de retours d'expérience si besoin et définition d'actions correctives.	Immédiat
<u>Remarque 23</u> : L'absence d'élaboration et d'actualisation annuelle des PAP ne facilite pas l'adaptation de la prise en charge aux besoins de la personne.	Recommandation 23 : Mobiliser l'ensemble des professionnels afin de permettre la rédaction et l'actualisation des projets personnalisés des résidents selon l'échéancier défini.	1 mois
<u>Remarque 24</u> : Bien que le déploiement d'une politique zéro contention au sein de l'établissement soit à souligner, le nombre de chutes enregistrées au sein de l'établissement et l'absence de leur analyse	Recommandation 24 : Travailler sur une procédure de repérage et de prise en charge du risque de chutes qui intègre l'analyse statistique individuelle des chutes des résidents.	3 mois

dans le cadre d'une procédure de repérage et prise en charge de ce risque ne valorise pas le travail des équipes d'enregistrement de ces chutes.			
<u>Remarque 25</u> : Il a été constaté la non utilisation de la salle de balnéothérapie et du chariot snoezelen lors de la visite des locaux qui sont des équipements permettant d'améliorer la qualité de prise en charge des résidents.		<u>Recommandation 25</u> : Organiser des temps permettant les prises en charge individualisées en balnéothérapie, snoezelen ou autres.	1 an
<u>Remarque 26</u> : L'organisation actuellement en place sur le service restauration ne permet pas aux résidents de l'établissement de bénéficier d'une alimentation en produits « frais » alors que la structuration le permettrait.		<u>Recommandation 26</u> : Poursuivre la réflexion engagée sur la réorganisation de la fonction support restauration.	1 an
<u>Remarque 27</u> : Les classeurs se sont pas systématiquement lus par les professionnels en poste et les modifications apportées peuvent ne pas être prise en compte.		<u>Recommandation 27</u> : Systématiser et tracer la prise en compte des modifications alimentaires par l'ensemble des professionnels intervenant afin d'assurer la sécurité des résidents.	2 mois
<u>Remarque 28</u> : En cas de lever tardif d'un résident, le temps de jeune trop important peut engendrer des malaises et/ou chutes. Le délai entre deux prises médicamenteuses n'étant pas respecté, il présente également un risque non négligeable pour les résidents.		<u>Recommandation 28</u> : Tout en respectant au mieux le rythme de chaque résident, il est nécessaire de revoir l'organisation des petits déjeuners et prise de traitement du matin afin de garantir la sécurité des résidents.	Immédiat
<u>Remarque 29</u> : L'organisation habituelle basée sur une prise des repas sur 3 salles avec une répartition des résidents qui peut être modifiée d'un jour à l'autre et est dépendante de leur état de santé ne garantit pas une bonne connaissance des habitudes alimentaires de la personne et de son éventuel traitement médicamenteux par les professionnels de l'unité où la personne déjeune. L'événement indésirable déclaré en		<u>Recommandation 29</u> : Instaurer une organisation de prise des repas garantissant la sécurité des résidents lors de la prise des repas et traitements médicamenteux dans le respect des recommandations de bonnes pratiques qui prévoient par ailleurs une stabilité des repères et de l'environnement essentiels à l'équilibre de chaque personne accueillie. (HAS L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social).	6 mois

2023 illustre les défaillances auxquelles cette organisation peut aboutir.			
Remarque 30 : L'orientation des personnes nécessitant une aide technique au repas vers l'office de l'unité douce repose sur la bonne connaissance des résidents par les professionnels présents.		Recommandation 30 : Tenir à jour une liste des résidents ayant besoin d'une aide technique au repas afin de faciliter l'orientation des ressources qualifiées vers ces résidents.	1 mois
Remarque 31 : L'entreposage d'effets personnels dans la salle de soins constitue un risque pour la qualité et l'hygiène de l'activité de soins qui est réalisée.		Recommandation 31 : Entreposer les effets personnels des salariés dans les vestiaires dédiés.	Immédiat
Remarque 32 : En utilisant de multiples supports de transmission d'informations l'établissement augmente le risque d'erreur lié à un défaut de traçabilité ou de communication.		Recommandation 32 : Assurer la traçabilité sur un seul et même support accessible et mobilisable par tous les professionnels en charge de l'accompagnement.	6 mois
Remarque 33 : La séparation temporelle entre un pré remplissage par les IDE pour un problème de disponibilité par rapport à la visite du médecin traitant de la personne hébergée et la validation de la prescription par le médecin par son code introduit un risque. En retranscrivant les prescriptions médicales, et, au minimum, en ne contrôlant pas cette retranscription, l'établissement n'est pas en conformité avec la directive de suppression de toute retranscription formulée par la Haute Autorité de Santé (en page 29 du document « outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments »).		Recommandation 33 : Mener un travail avec les professionnels libéraux intervenant dans la structure afin d'améliorer la traçabilité au sein des dossiers des résidents et éviter les retranscriptions.	6 mois
Remarque 34 : L'absence d'utilisation systématique du logiciel NETSoins ne permet pas le respect des documents qualité internes à l'établissement.		Recommandation 34 : Systématiser l'utilisation du logiciel [REDACTED] par tous les professionnels de santé intervenant dans la structure.	6 mois
Remarque 35 : La non utilisation systématique des étiquettes fournies par le		Recommandation 35 : Utiliser toutes les fonctionnalités du logiciel [REDACTED] afin de sécuriser le circuit du médicament.	Immédiat

logiciel MEDISSIMO ne permet pas le respect du système documentaire mis en place pour sécuriser la préparation des doses à administrer.			
<u>Remarque 36</u> : Le reconditionnement des doses individuelles préparées via [REDACTED] dans des boîtes plastiques identifiées via un nom inscrit au marqueur sur le couvercle est source d'erreur d'administration médicamenteuse, notamment pour les professionnels intermédiaires dans un contexte où les changements de lieux de prise de repas pour les résidents sont réguliers.		<u>Recommandation 36</u> : Revoir l'organisation afin de permettre l'utilisation optimale du dispositif sécurisé [REDACTED].	Immédiat
<u>Remarque 37</u> : Cette possibilité d'interruption de tâches est une source de risques d'erreurs de bonne administration des traitements médicamenteux aux résidents.		<u>Recommandation 37</u> : Utiliser la totalité des fonctionnalités du logiciel [REDACTED] pour éviter la réalisation d'étapes non nécessaires et génératrices de risques.	Immédiat
<u>Remarque 38</u> : Le non-respect du système d'identification [REDACTED] ne permet pas de garantir l'administration du bon traitement médicamenteux au bon résident.		<u>Recommandation 38</u> : Utiliser la totalité des fonctionnalités du logiciel [REDACTED] pour sécuriser l'identification et l'administration du traitement.	Immédiat
<u>Remarque 39</u> : L'absence de traçabilité de l'étape d'administration par les AVS conduit à un défaut de suivi du circuit du médicament.		<u>Recommandation 39</u> : S'assurer que toutes les étapes relatives au circuit du médicament fassent l'objet d'une traçabilité conforme à la réalité.	Immédiat
<u>Remarque 40</u> : L'écrasement de comprimés à distance de l'administration ne permet pas de garantir l'administration du bon traitement médicamenteux au bon résident.		<u>Recommandation 40</u> : Réaliser l'écrasement du comprimé au plus près du patient.	Immédiat