

Direction Inspection, Contrôle et Evaluation

Affaire suivie par
[REDACTED]

Courriel :
[REDACTED]
[REDACTED]

Département de la Moselle

Direction de la Solidarité

Département :
[REDACTED]

Courriel :
[REDACTED]

Tél : 03 56 42 30 27

Monsieur le Directeur
EHPAD Les Jardins
Rue des Maraîchers
57400 Sarrebourg

Nancy, le

Objet : Décision administrative suite à inspection

P. J. : 1 tableau des prescriptions et recommandations

Monsieur le Directeur,

Nous vous avons transmis le 22 septembre 2022, le rapport de l'inspection réalisée au sein de l'EHPAD Les Jardins de SARREBOURG qui avait pour objet d'investiguer les conditions de prise en charge en soins des résidents de l'établissement.

La réponse que vous avez apportée en date du 25 octobre 2022 était incomplète. Des réponses aux mesures proposées ont finalement été apporté en date du 12 décembre 2023.

Voici l'analyse des réponses que vous avez apportées

► Concernant les prescriptions

Prescription 1 :

Réécrire un règlement de fonctionnement conforme à la réglementation, le faire valider par le Conseil d'Administration de l'Association et le diffuser auprès des résidents et leurs familles

Votre réponse : « Le règlement de fonctionnement a été modifié au 1er trimestre 2020 et a été présenté au CVS à cette même période. Néanmoins, nous en avons profité pour réactualiser ce dernier. Nous sommes actuellement en plein renouvellement de notre CVS. Aussi, le nouveau règlement de fonctionnement sera présenté au CA et au CVS en février 2023. Il sera ensuite diffusé aux résidents et à leurs familles. »

Les pièces justificatives permettent de constater l'effectivité de l'action : le règlement de fonctionnement a été modifié, a été présenté au CVS le 2 mars 2023 puis validé le 3 mars 2023 par le Conseil d'Administration.

➔ **Prescription levée**

Prescription 2 :

Actualiser le projet d'établissement (PE) pour la période 2023-2027 conforme aux obligations réglementaires respectant les recommandations de bonnes pratiques (RBBP) de l'HAS (sur le champ médico- social) et validé par les instances statutaires. Le transmettre à la mission.

Votre réponse : « Le PE est en phase finale de rédaction. La première version écrite sera présentée pour avis au comité de pilotage courant janvier 2023. Il sera transmis à la mission dès qu'il sera terminé ».

A date, aucun PE n'a été transmis par l'établissement à la mission.

→ **Prescription maintenue**

Prescription 3 :

Transmettre à la mission un Document Unique de Délégation (DUD) répondant aux obligations réglementaires.

Votre réponse : « Le DUD est clôturé. Ce dernier sera présenté en même temps que le règlement de fonctionnement au CA (février 2023) et vous sera ensuite transmis »

Le DUD associatif (du CA vers le directeur) et le DUD établissement (du directeur vers ses adjoints) validés par le CA ont été transmis.

→ **Prescription levée**

Prescription 4 :

Le directeur devra justifier d'une certification de niveau I à la fin de sa Validation des Acquis et de l'Expérience (VAE) prévue en septembre 2022. Elle sera transmise à la mission

Votre réponse : « Le dossier n°1 de la VAE a été transmis. Le dossier n°2 est en cours de rédaction. La soutenance aura lieu en mai 2023. Il n'est pas possible de soutenir plus tôt ».

A date, le directeur n'a transmis aucune justification d'une certification de niveau I.

→ **Prescription maintenue**

Prescription 5 :

Élaborer une procédure d'admission et la transmettre à la mission

Votre réponse : « La procédure d'admission a été élaborée. 2. Cette dernière a été transmise à la mission en date du 8/12/2022 »

La procédure d'admission a bien été transmise à la mission d'inspection.

→ **Prescription levée**

Prescription 6 :

Personnaliser le projet d'accueil et d'accompagnement à chaque résident :

- **En réécrivant la procédure d'élaboration des projets de vie des résidents, avec les modalités pratiques de sa rédaction (moyens techniques et humains) en y associant les différents personnels,**
- **En rédigeant ceux manquants et les annexer au contrat de séjour après signature du résident et/ou de son représentant légal actant de sa prise de connaissance du document.**

Votre réponse : « 1. Procédure d'admission des nouveaux résidents élaborée. 2. Procédure de l'élaboration des projets de vie des résidents en cours de réalisation en équipe pluridisciplinaire. 3. Contrat de séjour en cours de modification. Il sera soumis par la suite à la signature des résidents/représentants légaux »

A date, aucun justificatif n'a été transmis permettant de constater la réalisation de l'action.

→ **Prescription maintenue**

Prescription 7 :

Assurer une prise en charge quotidienne des soins d'hygiène, de confort et d'accompagnement qui soit respectueuse du rythme de vie et des besoins de la personne accueillie, notamment au sein de l'Unité de vie protégée (UVP). (Cf. : chapitre 3-2.1 « Respect des droits des personnes accueillies »)

Votre réponse : « Cette problématique est en cours de résolution dans le nouveau PE. Nous sommes accompagnés par le personnel, le CVS et les familles (réunions dédiées). Se pose la question de modifier les plannings du personnel/l'organisation du travail. Néanmoins, les difficultés de recrutement et de remplacement freinent cette évolution impérative »

→ **Prescription maintenue**

Prescription 8 :

Désigner un pharmacien référent au sein d'une des deux officines en vue de sécuriser le circuit du médicament (de la préparation à la double-vérification des piluliers, de la gestion du stock à la veille documentaire). Il participera à l'analyse des événements indésirables graves (EIGS) liés aux médicaments, ainsi qu'à la gestion des alertes émanant de l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) des ruptures d'approvisionnement.

Votre réponse : « Désignation de deux pharmaciens référents pour chacun des deux contrats d'approvisionnement. 2. La fiche de fonction sera partie intégrante des nouvelles conventions actuellement en négociation ».

Aucune convention n'a été transmise à la mission.

→ **Prescription maintenue**

Prescription 9 :

Élaborer le livret thérapeutique en établissant notamment une liste de médicaments préférentiels conformément à l'article D 312-158, 6° du Code de l'action sociale et des familles (CASF) qui confie cette mission au médecin coordonnateur.

Une fois cette liste élaborée, il convient que tous les médecins concernés prescrivent préférentiellement à partir de cette liste

Votre réponse : « Le livret thérapeutique est en cours d'élaboration par notre médecin coordonnateur. Cette liste sera transmise, comme demandé, à l'intégralité des médecins concernés afin qu'ils prescrivent préférentiellement à partir de cette liste ».

Aucun élément n'a été transmis.

→ **Prescription maintenue**

Prescription 10 :

Rédiger et diffuser un protocole à disposition des équipes soignantes la réalisation des commandes et l'utilisation des médicaments « si besoin »

S'assurer que les modalités de mise en œuvre d'un traitement prescrit en "si besoin" soient précisées dans la prescription et adaptées en quantité, avec l'appui du pharmacien référent, et conformément à l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.

Votre réponse : « Protocole concernant la réalisation des commandes et l'utilisation des médicaments "si besoin" rédigé. Ce dernier est en cours de vérification par le médecin coordonnateur. Il sera ensuite diffusé auprès du personnel concerné »

Aucun élément n'a été transmis.

→ **Prescription maintenue**

- **Prescription 11 :**

Faire respecter la réglementation relative à la prescription de médicaments classés comme stupéfiants pour une durée inférieure ou égale à 28 jours, conformément à l'article R5132-30 du Code de santé publique (CSP).

Votre réponse : « Rappel aux médecins effectué. Réglementation respectée ».

Votre réponse ne comporte pas d'élément de preuve des rappels réalisés.

→ **Prescription maintenue**

- **Prescription 12 :**

Réorganiser les lieux de livraison et de stockage des médicaments, afin de les sécuriser:

- **en gérant les accès, avec le seul personnel autorisé**
- **en prévoyant du mobilier de stockage ou de transport ((chariots de distribution) fermant également à cléf.**

Votre réponse : « Procédure mise en place concernant les livraisons. Changement de bariollets et distribution des clés au personnel autorisé dès le lendemain du contrôle. Demande de devis en cours concernant la sécurisation des chariots à médicaments »

Votre réponse ne comporte pas d'élément de preuve.

→ **Prescription maintenue**

4 **Concernant les recommandations**

- **Recommandation 1 :**

Élaborer un organigramme actualisé avec des liens fonctionnels et hiérarchiques clairs. Le transmettre à la mission et en assurer la diffusion auprès de l'ensemble du personnel.

Votre réponse : « L'organigramme a été actualisé. Ce dernier est affiché sur le tableau du personnel et est disponible pour consultation via AGEVAL (logiciel qualité) ».

L'organigramme mis à jour a été transmis à la mission.

→ **Recommandation levée**

- **Recommandation 2 :**

Repenser l'organisation des différentes réunions institutionnelles (Direction/personnels, Cadres, projets personnalisés, RBPP...) en délimitant précisément leurs sujets, en instaurant une périodicité et en les formalisant au moyens de comptes rendus écrits pouvant être le cas échéant diffusés au personnel et aux familles. Il convient d'encourager la pluridisciplinarité lors de ces réunions.

Votre réponse : « La cartographie des réunions fait partie du PE actuellement en réécriture. Nous transmettrons à la mission la cartographie finale retenue ».

→ **Recommandation maintenue**

- **Recommandation 3 :**

Modifier la fiche de poste du directeur de l'EHPAD en précisant clairement la notion d'astreinte.

Votre réponse : « Fiche de poste du directeur en cours de modification »

Une fiche de poste modifiée a été transmise.

→ **Recommandation levée**

Recommandation 4 :

Formaliser une procédure d'astreinte, s'assurer que l'ensemble du personnel est informé des modalités d'astreintes et de la personne à joindre en cas de difficulté, notamment lorsqu'il s'agit de pallier en urgence les absences imprévues.

Votre réponse : « La procédure d'astreinte a été formalisée. Cette dernière est à la disposition du personnel dans des classeurs définis mais est également disponible pour consultation via AGEVAL (logiciel qualité). Via AGEVAL, les protocoles sont émargés afin que nous puissions nous assurer que le personnel en a pris bonne connaissance. Ladite procédure est transmise à la mission en date du 8/12/2022 ».

La procédure d'astreinte a bien été transmise à la mission.

→ **Recommandation levée**

Recommandation 5 :

Justifier de la réalisation d'une enquête de satisfaction dans les 6 mois et exploiter ses résultats pour améliorer la qualité de la prise en charge et en discuter en Conseil de vie sociale (CVS). Les résultats devront être transmis à la mission.

Votre réponse : « Une enquête de satisfaction est en cours auprès de nos résidents. Nous avons demandé aux familles d'aider leurs parents à la renseigner. L'enquête a démarré le 27/10/2022 et prendra fin le 15/12/2022 au soir. Malgré les relances, à ce jour, seuls 20 résidents l'ont renseigné (106 réponses attendues) ».

Les résultats des enquêtes de satisfaction (résidents et familles) ont bien été transmises.

→ **Recommandation levée**

Recommandation 6 :

Définir une véritable politique de promotion de la bientraitance :

- en utilisant les référentiels existants (recommandations des bonnes pratiques de l'HAS, recommandations de bonnes pratiques de soins en EHPAD par la Société Française de Gériatrie et Gérontologie.).
- en mettant en place un dispositif d'analyse des pratiques (type CREX ou à partir d'une thématique prévue à l'ordre du jour des réunions hebdomadaires).
- en formalisant les réunions abordant la bientraitance par la rédaction de comptes rendus

Votre réponse : « Formations sur la bientraitance prévues dans le cadre du PDC 2023. Mettre en place un dispositif d'analyse des pratiques. Formaliser les réunions abordant la bientraitance par la rédaction de CR. ».

Le PDC 2023 a été transmis à la mission à l'instar de CR sur des réunions abordant la bientraitance.

→ **Recommandation maintenue**

Recommandation 7 :

Compléter le livret d'accueil par un chapitre consacré aux actions menées par l'établissement en matière de prévention de la bientraitance. Doivent également y figurer les numéros d'appel (National et/ou local) dédiés à l'écoute des situations de maltraitance (par exemple, celui de l'association ALMA), ainsi que les coordonnées téléphoniques des autorités administratives (ARS et services du Département)

Votre réponse : « Le livret d'accueil sera modifié afin d'entrer en conformité avec les recommandations énoncées ».

→ **Recommandation maintenue**

Recommandation 8 :

Formaliser une procédure interne de déclaration des événements indésirables graves (EIGS) se rapportant aux personnes accueillies :

- En rappelant clairement leur définition et en la communiquant au personnel notamment aux nouveaux embauchés afin qu'ils se l'approprient,
- En mettant en place des outils de qualité permettant une instruction efficiente des EIGS, via l'instauration de réunions bonnes pratiques, par exemple,
- En informant les agents des suites données aux signalements internes.

Votre réponse : « Procédure des EIGS formalisée. Définition rappelée, communication effectuée auprès du personnel, mise en place d'outils de qualité permettant une instruction efficiente des EIGS et un suivi de ces derniers effectuée (AGEVAL) »

Des éléments justificatifs ont été transmis à la mission.

→ Recommandation levée

Recommandation 9 :

Formaliser une procédure interne de recueil et traitement des réclamations et demandes des familles et la diffuser via le CVS. Offrir un moyen d'expression écrite aux familles pour signaler des dysfonctionnements (cahier à l'accueil, boîte à suggestions, etc.) en plus de la possibilité d'adresser des mails

Votre réponse : « Proposition aux représentants des familles au CVS de nous accompagner le 27 janvier 2023 à la conférence prévue par l'ARS. 2. Elaboration d'une procédure interne de recueil et traitement des réclamations et demandes des familles prévues en janvier 2023 avec le CVS. Cette procédure sera affichée sur le tableau des résidents mais également sur le site internet de l'EHPAD (onglet spécifique au CVS). 3. Boîtes à suggestions mises à disposition des familles en UVP et EHPAD ».

La mission a réceptionné des éléments de preuve quant à la mise en place de deux boîtes à suggestions à l'entrée de l'EHPAD et de l'UVP accompagnés d'une procédure de réclamations et de signalements.

→ Recommandation levée

Recommandation 10 :

Vérifier que chaque dossier du personnel comporte bien un extrait du casier judiciaire dans l'ensemble des dossiers du personnel.

Votre réponse : « Dossier de chaque personnel vérifié »

Aucun élément de preuve n'a été transmis.

→ Recommandation maintenue

Recommandation 11 :

S'assurer de la rédaction d'une fiche de poste d'Agent des Services Logistiques Qualifié (ASLQ) et la transmettre à la mission.

Votre réponse : « Fiche de poste des ASLQ en cours de la rédaction. Elle sera transmise à la mission une fois validée ».

→ Recommandation maintenue

Recommandation 12 :

Engager une réflexion sur l'organisation du travail avec les cadres responsables pour offrir davantage de lisibilité sur les missions de chacun(e) notamment sur le poste de Mme BAUMANN.

Votre réponse : « DUD CODIR rédigé. Ce document sera validé par le CA en février 2023. L'intégralité des fiches de poste des cadres sont en cours de réactualisation. Les documents seront transmis à la mission une fois validés ».

→ Recommandation maintenue

Recommandation 13 :

Transmettre les éléments attestant du démarrage des formations dédiées à la prévention de la maltraitance par les professionnels. (Cf. recommandation n°6)

Votre réponse : « Le Plan de Développement des Compétences 2023 sera confirmé en réunion CSE en date du 23/12/2022. Ces formations feront évidemment parties du programme »
Le PDC 2023 a été transmis à la mission.

→ Recommandation levée

Recommandation 14 :

Renforcer la formation sur les troubles du comportement pour le personnel et s'assurer de l'appropriation des RBPP.

Votre réponse : « Le PDC 2023 sera confirmé en réunion CSE en date du 23/12/2022. Ce type de formation fera évidemment partie du programme. S'assurer de l'appropriation des RBPP par de courts rappels/formations ».

Le PDC 2022 et 2023 transmis permettent de constater l'effectivité des formations aux thématiques prenant en compte le sujet des troubles du comportement.

→ Recommandation levée

Recommandation 15 :

Renforcer le soutien aux salariés par:

- des réunions pluridisciplinaires pour échanger sur les RBPP et les prises en charge des usagers,
- la mise à disposition et l'appropriation des procédures et protocoles.

Votre réponse : « Elaboration de programmes de réunions pluridisciplinaires actuellement en cours. 2. Mise à disposition des protocoles et procédures actualisés (classeurs dédiés + logiciel qualité AGEVAL). Autres protocoles et procédures en cours de modification. »

Aucun élément n'a été transmis à la mission.

→ Recommandation maintenue

Recommandation 16 :

Transmettre à la mission des éléments concernant la procédure dédiée à l'accueil de nouveaux salariés.

Votre réponse : « Procédure d'accueil des nouveaux salariés formalisée. »

La procédure d'accueil modifiée en septembre 2022 a été transmise à la mission.

→ Recommandation levée

Recommandation 17 :

Apposer une signalétique anti-tabac sur la porte d'entrée de l'établissement.

Votre réponse : « Signalétique anti-tabac apposée sur la porte d'entrée de l'établissement en EHPAD mais également en UVP ».

Des éléments de preuve ont été transmis à la mission.

→ Recommandation levée

Recommandation 18 : Veiller à la fermeture et la sécurisation des locaux techniques en permanence.

Votre réponse : « Fermeture et sécurisation des locaux techniques effectuée en permanence et ce, dès le lendemain du contrôle ».

Des éléments de preuve ont été transmis à la mission.

→ Recommandation levée

- **Recommandation 19 :**

Assurer la sécurité des usagers

- en rendant tous les systèmes d'appel malade opérationnels et accessibles aux usagers en capacité de les utiliser,
- en simplifiant l'utilisation des systèmes d'appel malade pour les usagers (éventuelle réflexion sur la suppression des codes couleurs).

Votre réponse : « Nous aimerions pouvoir changer notre dispositif d'appel malade courant 2023. En attendant, l'ensemble des appels malades est opérationnel et accessible. Si un dysfonctionnement est constaté, l'agent d'entretien en est informé pour réparation immédiate ».

➔ **Recommandation maintenue**

- **Recommandation 20 :**

Réviser la procédure d'admission afin qu'elle permette le recueil et la traçabilité du consentement du futur résident, ainsi que sa possibilité de désigner une personne de confiance.

Votre réponse : « Enquête de satisfaction en cours. Procédure d'admission des résidents révisée ». Les éléments de preuve ont été transmis à la mission.

➔ **Recommandation levée**

- **Recommandation 21 :**

Développer davantage les habitudes de vie dans le projet de vie en renseignant et actualisant régulièrement l'item « activités et loisirs » dans le logiciel informatique afin d'identifier des objectifs

Votre réponse : « Mise en place des projets de vie en cours »

➔ **Recommandation maintenue**

- **Recommandation 22 :**

Réévaluer les projets d'accompagnement, dès une modification dans la vie et l'état de santé du résident, et à minima, une fois par an, en y associant l'ensemble des agents ainsi que les usagers et leurs familles. Formaliser cette actualisation par un avenant au contrat de séjour.

Votre réponse : « Mise en place des projets de vie en cours ».

➔ **Recommandation maintenue**

- **Recommandation 23 :**

Adapter le fonctionnement du Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA), pour le rendre conforme au dossier de labellisation, afin de :

- garantir la surveillance des usagers durant les temps de transfert aux unités
- élargir les amplitudes horaires ainsi que le nombre de bénéficiaires de cet accompagnement

Votre réponse : « Nous avons repris connaissance du dossier de labellisation du PASA et nous nous interrogeons sur d'éventuelles améliorations ou corrections à lui apporter au vue de l'évolution pressentie du PE ».

➔ **Recommandation maintenue**

Recommandation 24 :

Élaborer un projet d'animation pour les unités d'hébergement permanent, l'unité de Vie Protégée ainsi que pour l'accueil de jour et les transmettre à la mission, et afficher le programme hebdomadaire des activités, dans des endroits stratégiques et de passage.

Votre réponse : « Le programme hebdomadaire des animations côté EHPAD est déjà affiché aux endroits stratégiques (hall, ascenseurs...). En UVP, le programme n'est pas affiché car il dépend des envies des résidents le jour J (du fait de leurs troubles cognitifs). Elaborer un projet d'animation pour les différentes unités et les transmettre à la mission + afficher les activités réalisées en UVP ».

Des éléments de preuve ont été transmis à la mission (communication des plannings d'animation pour l'EHPAD et l'UVP)

→ Recommandation levée

Recommandation 25 :

Institutionnaliser dans les plannings et les fiches de poste des temps de transmissions orales entre l'équipe d'après- midi et celle de nuit.

Votre réponse : « Les transmissions orales entre l'équipe d'après-midi et de nuit ne sont pas officielles (institutionnalisées dans les plannings). Pour autant, nous attendons la clôture du PE pour modifier en partie l'organisation de travail et institutionnaliser ces temps de transmission »

→ Recommandation maintenue

Recommandation 26 :

Veiller à la traçabilité de tous les actes d'accompagnement des résidents.

Votre réponse : « Tous les actes d'accompagnement des résidents sont tracés par écrit via notre logiciel de soin TITAN ».

Aucun élément de preuve n'a été transmis à la mission.

→ Recommandation maintenue

Recommandation 27 :

Engager une réflexion sur l'amélioration des conditions de repas:

- en adaptant les horaires des différents repas afin de respecter les recommandations du Ministère concernant le jeûne nocturne et le délai minimum de 3 heures entre chaque prise alimentaire ou par défaut en mettant en place la distribution régulière d'une collation nocturne pour les résidents réveillés.
- en améliorant le visuel des repas mixés et en expérimentant le « finger food » auprès des résidents notamment de l'UVP
- en agrémentant le cadre de restauration des tisaneries et de l'UVP (sets de table, vaisselle de couleur par exemple

Votre réponse : « Une formation "finger food" est programmée sur le PDC 2023 »

Le PDC 2023 a été transmis à la mission.

→ Recommandation levée

Recommandation 28 :

Formaliser la stratégie nutritionnelle d'établissement en ce qui concerne l'alimentation de la personne âgée, définir des objectifs et des indicateurs permettant la mise en œuvre du projet dans une dynamique d'équipe

Votre réponse : « Diététicienne interne + IDE référente nutrition en charge du suivi des objectifs nutritionnels (traçabilité via TITAN). Réunion Comité de Liaison Alimentation et Nutrition (CLAN) 1x/an en équipe pluridisciplinaire. Stratégie nutritionnelle d'établissement en cours de réflexion ». Des éléments ont été transmis à la mission.

→ Recommandation levée

Recommandation 29 :

S'assurer que le projet de soin de chaque résident est un outil permettant une construction dans un cadre pluri disciplinaire, et ce conformément aux RBPP de l'HAS (« Le projet personnalisé : une dynamique de parcours d'accompagnement (volet EHPAD) - 2018 »)

Votre réponse : « Les projets de soin de chaque résident sont disponibles via TITAN ».

Aucun élément de preuve n'a été transmis.

→ **Recommandation maintenue**

Recommandation 30 :

Mobiliser les médecins traitants pour qu'ils soient acteurs de la tenue du dossier de soins de chaque résident dans le cadre d'un travail d'équipe pluridisciplinaire.

Votre réponse : « Relances orales auprès de chaque médecin traitant pour que ces derniers puissent être acteurs de la tenue du dossier de soins de leurs résidents ».

Aucun élément de preuve n'a été transmis.

→ **Recommandation maintenue**

Recommandation 31 :

Les protocoles de soins doivent être, dans leur ensemble, actualisés et diffusés auprès des personnels soignants, notamment ceux de la prise en charge de la douleur, de la gestion des soins palliatifs et de la prise en charge des escarres.

Votre réponse : « Protocoles en cours de réactualisation »

Aucun élément de preuve n'a été transmis.

→ **Recommandation maintenue**

Recommandation 31-32-33-34 :

Les protocoles de soins doivent être, dans leur ensemble, actualisés et diffusés auprès des personnels soignants, notamment ceux de la prise en charge de la douleur, de la gestion des soins palliatifs et de la prise en charge des escarres.

Votre réponse : « Protocoles en cours de réactualisation ».

Aucun élément de preuve n'a été transmis.

→ **Recommandation maintenue**

Recommandation 35 :

S'assurer que les bouteilles d'oxygène sont correctement stockées et arrimées.

Votre réponse : « Les bouteilles d'oxygène sont à présent correctement stockées et arrimées ».

Aucun élément de preuve n'a été transmis.

→ **Recommandation maintenue**

Recommandation 36 :

Procéder à la rédaction de protocoles en se basant d'une part sur l'existence de référentiels et de bonnes pratiques, d'autre part sur les spécificités de l'établissement. Organiser leur classement et leur accès de manière opérationnelle.

Votre réponse : « Les protocoles sont réactualisés petit à petit. Ils sont tenus à la disposition du personnel dans des classeurs spécifiques et sont également consultables de manière dématérialisée via AGEVAL pour émargement ».

Aucun élément de preuve n'a été transmis.

→ **Recommandation maintenue**

- **Recommandation 37 :**

- Piloter la gestion et la sécurité du circuit du médicament, au niveau institutionnel :**
- en identifier une fonction de référent de gestion de la qualité et/ou de gestion des risques pour structurer une démarche d'amélioration continue dans le domaine de la Prise en charge médicamenteuse (PECM),
 - en définissant et diffusant sa feuille de route en vue d'un travail en transversalité et pluridisciplinarité, en lien notamment avec le projet d'établissement, qui devra comporter une fiche-action sur la PECM.

Votre réponse : « Intégration de cette fonction à prévoir dans la fiche de poste de Madame [REDACTED] »

→ **Recommandation maintenue**

- **Recommandation 38 :**

Instaurer une vraie démarche de gestion des événements indésirables ou d'EIGS liés au circuit du médicament :

- en rédigeant un protocole opérationnel sur la conduite à tenir lors leur survenue, décrivant les événements susceptibles d'être analysés (y compris la gestion de crise et les effets indésirables), les supports à utiliser, l'organisation pluridisciplinaire requise, les formations prévues, les indicateurs d'évaluation de l'ensemble du processus,
- en sensibilisant et formant l'ensemble du personnel de soin à l'importance du signalement,
- en mettant en place un dispositif de recueil et d'analyse de ces déclarations (fiche de signalement - protocole détaillant les motifs et critères et circuit).

Votre réponse : « Déclaration des EIG à effectuer uniquement via AGEVAL. 2. Procédure EIG rédigée et diffusée auprès du personnel ».

Des éléments de preuve ont été apportés à la mission.

→ **Recommandation levée**

- **Recommandation 39 :**

Améliorer les connaissances et les comportements à adopter pour sécuriser le circuit du médicament à toutes les étapes : de la prescription à la traçabilité de sa dispensation

Aucun élément de preuve n'a été transmis.

→ **Recommandation maintenue**

- **Recommandation 40 :**

Actualiser la convention existante liant l'EHPAD avec un des officines l'approvisionnant, et conclure une convention avec l'autre pharmacie. Ces deux documents devront alors définir de façon claire leurs rôles respectifs et leurs relations avec les médecins prescripteurs de l'établissement.

Votre réponse : « Actualisation/création des conventions avec les officines en cours. Cela rejoint le point E8 : définir clairement leurs rôles respectifs et leurs relations avec les médecins prescripteurs de l'établissement + établir la fiche de fonction aux nouvelles conventions. »

Aucun élément de preuve n'a été transmis.

→ **Recommandation maintenue**

- **Recommandation 41 :**

Etablir un calendrier de réévaluation périodique des traitements, pour l'ensemble des résidents. Y associer le pharmacien pour promouvoir le bon usage du médicament et limiter les risques iatrogéniques.

Votre réponse : « La programmation du calendrier est en réflexion avec les médecins coordonnateurs et les deux pharmaciens référents »

Aucun élément de preuve n'a été transmis.

→ **Recommandation maintenue**

- **Recommandation 42 :**

Sécuriser les prescriptions de médicaments par la mobilisation des médecins intervenant dans l'EHPAD

Aucun élément de preuve n'a été transmis.

→ **Recommandation maintenue**

- **Recommandation 43 :**

Etablir une liste préférentielle de médicaments, par les médecins coordonnateurs, en y indiquant ceux ne pouvant être coupés ou broyés, assortie d'un protocole sur la conduite à tenir en cas de troubles de la déglutition et le cas échéant d'un plan de formations spécifiques.

Aucun élément de preuve n'a été transmis.

→ **Recommandation maintenue**

- **Recommandation 44 :**

Contrôler la concordance entre la prescription originale et la livraison des médicaments, en organisant une double vérification lors de cette réception.

Votre réponse : « Vérification par les pharmacies effectuées et confirmées par signature du bordereau de livraison conservé par la responsable des soins pour traçabilité. 2. En interne, du fait de notre procédure par "escargot", la vérification a lieu au moment de l'administration (comparaison entre la prescription sur TITAN et les mentions sur l'"escargot") »

Aucun élément de preuve n'a été transmis.

→ **Recommandation maintenue**

- **Recommandation 45 :**

Sécuriser le stockage des médicaments:

- en réorganisant les contenants afin de limiter la dispersion d'un même traitement et harmoniser la traçabilité des mentions nécessaires pour identifier les résidents concernés sur les contenants utilisés,
- en s'assurant, en cas de modification d'un traitement (remplacement ou suppression d'un médicament) et afin de prévenir tout risque d'erreur, que le médicament concerné a bien été retiré du rouleau individuel nominatif et de tout autre contenu nominatif (casier, notamment),
- en apposant systématiquement le nom du résident et la date d'ouverture sur les contenants de fioles multi doses (collyres, buvables...). La durée d'utilisation après ouverture, si elle est précisée, doit être respectée,
- en ne déconditionnant en amont de la distribution (ou dans une phase intermédiaire) les sachets individuels afin que tous les médicaments puissent rester identifiables.

Votre réponse : « La salle infirmerie est sécurisée. Les médicaments individuels sont sous blister nominatif. A chaque modification de traitement, l'IDE informe ses collègues par la fiche en T intégrée au boîtier des médicaments du résident concerné. Nom du résident et date d'ouverture sur les contenants sont à présent systématiquement apposés. Surveillance effectuée par Madame [REDACTED] de sorte que les médicaments ne soient pas déconditionnés en amont de la distribution ».

Aucun élément de preuve n'a été transmis à la mission.

→ **Recommandation maintenue**

Recommandation 46 :

En l'absence de réglementation spécifique aux établissements médico-sociaux ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur, s'assurer que l'enregistrement de l'administration du médicament au résident soit réalisé en temps réel, il doit de plus mentionner à minima les incidents d'administration, dont les non prises afin de déterminer une conduite à tenir.

Votre réponse : « L'administration des médicaments, le refus de prise ainsi que les incidents liés à cela sont mentionnés immédiatement au travers du logiciel TITAN. »

Aucun élément de preuve n'a été transmis à la mission.

→ **Recommandation maintenue**

Recommandation 47 :

Organiser un contrôle périodique des dates de péremption des médicaments stockés, ainsi que sa traçabilité selon un calendrier s'appuyant sur un protocole connu des tous les personnels.

Votre réponse : « Le contrôle périodique est effectué une fois par mois par l'IDE en poste (durant le week-end où elles ne font pas les pesées). Traçabilité effectuée au travers d'un cahier. 2. Officialiser cette démarche au sein d'un protocole écrit »

Aucun élément de preuve n'a été transmis à la mission.

→ **Recommandation maintenue**

Recommandation 48 :

Sécuriser la conservation des médicaments thermosensibles :

- en les stockant dans une enceinte réfrigérée dédiée, de volume adapté, convenablement entretenue (nettoyage, dégivrage), dont la température (entre + 2°C et + 8°C) doit être régulièrement contrôlée et enregistrée,
- en définissant, avec le pharmacien, une conduite à tenir en cas de dépassement des seuils de température,
- en mettant en œuvre une traçabilité horodatée de la température.

Votre réponse : « Les températures des frigidaires spécifiques sont contrôlées et enregistrées tous les jours par une des deux IDE en poste. Le relevé de température est archivé dans un classeur spécifique. 2. La conduite à tenir en cas de dépassement des seuils de température est encore à définir avec les pharmaciens référents »

Aucun élément de preuve n'a été transmis à la mission.

→ **Recommandation maintenue**

Recommandation 49 :

Développer d'autres partenariats sanitaires afin de garantir une prise en charge sanitaire de qualité pour les résidents et notamment avec les services d'urgence et la psychiatrie.
Les conventions devront être communiquées à la mission.

Votre réponse : « Une convention entre l'HAD (CHG Sarrebourg) et l'association est signée. Il en est de même avec l'équipe mobile de psycho-gériatrie (CH Lorquin) et l'équipe mobile de soins palliatifs (CHG de Sarrebourg). Enfin, une convention a été signée avec un psychiatre de du CHS de Lorquin afin d'accompagner le personnel dans la prise en charge de résidents présentant des troubles psychiatriques. »

La convention avec la HAD est à actualiser

→ **Recommandation maintenue**

Recommandation 50 :

Formaliser des partenariats avec les établissements médico- sociaux (autres EHPAD et RA) afin d'insérer la structure dans son environnement, voire de mutualiser certaines activités.

Votre réponse : « Intégration au GCSMS du pays des Deux Sarres et environ en cours. 2. Partenariat avec la Résidence Autonomie Erckmann Chatrian au sujet de l'entretien. 3. Adhésion à un groupe informel de formations regroupant différents ESSMS du secteur pour mutualisation. »

→ **Recommandation levée**

Au total, 3 prescriptions sur les 12 initiales ainsi que 17 recommandations initiales sont levées sur les 50 initiales.

Les éléments de preuve des actions mises en œuvre dans le cadre des prescriptions et recommandations maintenues sont à transmettre à la Délégation territoriale de Moselle et au Département de Moselle dès que possible.

La présente décision peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le Tribunal Administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification. La juridiction peut notamment être saisie via une requête remise ou envoyée au greffe du Tribunal Administratif ou aussi par l'application « Télerecours » citoyens accessible à partir du site www.telerecours.fr.

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

La Directrice Générale de l'ARS Grand Est

Virginie CAVRE



Le Président du Département,

Patrick YVETTE

