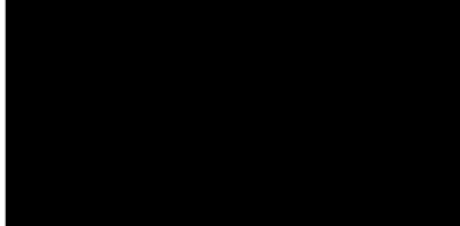


Direction Inspection, Contrôle et Evaluation

Affaire suivie par :



Madame Sylvie KELLER
Directrice
EHPAD MAISON DU SACRE-CŒUR
6, Impasse du Couvent
67350 DAUENDORF

Objet : Décision administrative, suite à inspection de l'EHPAD MAISON DU SACRE-CŒUR à Dauendorf

P.J. : Tableau des mesures correctives à mettre en œuvre (annexe 1)

Madame la Directrice,

J'ai diligenté dans votre établissement, le **14 mars 2024**, une inspection portant sur le contrôle et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse des résidents.

Je vous ai transmis le **18 avril 2024** le rapport d'inspection et les décisions que j'envisageais de prendre.

Conformément au code des relations entre le public et l'administration, je vous ai demandé de me présenter, dans le délai d'un mois, vos observations sur les mesures correctives envisagées.

J'ai réceptionné votre réponse en date du **22/05/2024**, ainsi que les documents associés.

Après avoir étudié vos observations et pris en compte les actions mises en œuvre, je vous notifie la présente décision.

I. Prescription

Les prescriptions des écarts **E.1, E.2 et E.3** sont maintenues dans l'attente de l'application des mesures correctives adéquates.

II. Recommandations

Les recommandations des remarques **R.2, R.4, R.7, R.8, R.9, R.12, R.13, R.14, R.16, R.17, R.18, R.20 et R.21** sont levées.

Les recommandations des remarques **R.1, R.3, R.5, R.6, R.10, R.11, R.15, R.19** sont maintenues jusqu'à mise en place des actions correctives adéquates.

Vous trouverez la synthèse de l'ensemble des mesures dans le tableau en annexe.

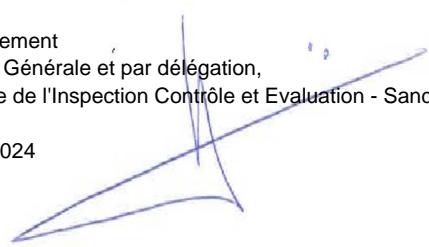
La présente décision peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le Tribunal Administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification. La juridiction peut notamment être saisie via une requête remise ou envoyée au greffe du Tribunal Administratif ou aussi par l'application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

Vous adresserez, dans les délais mentionnés après réception du présent courrier, les éléments justificatifs des mesures mises en œuvre et demandées à la **Délégation Territoriale du Bas Rhin - Service Autonomie** (Cité Administrative Gaujot, 14, rue du Maréchal Juin, 67084 Strasbourg).

Par ailleurs, je vous prie noter que les prescriptions maintenues pourront faire l'objet d'un suivi d'inspection avant d'être considérées comme prises en compte.

Je vous prie d'agréer, Madame la Directrice, l'expression de ma considération distinguée.

Signé électroniquement
Pour la Directrice Générale et par délégation,
Directrice Adjointe de l'Inspection Contrôle et Evaluation - Sandrine GUET,
Sandrine GUET
Nancy le 10/07/2024



Copies :

- ARS Grand-Est :
 - o Direction de l'Autonomie
 - o DT67

Annexe 1

Tableau récapitulatif des prescriptions et recommandations, en lien avec les constats déclinés en écarts et en remarques

Prescriptions				
Ecart (référence)		Libellé de la prescription		Délai de mise en œuvre
E.1	L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement à jour (article L.311-8 du CASF)	Pre 1	Mettre à jour le projet d'établissement de façon conforme à la réglementation en incluant un projet de soins qui définira la politique PECM de l'établissement.	2 mois
E.2	Tous les médecins traitants libéraux n'ont pas signé de contrat avec l'EHPAD (article L.314-12 du CASF).	Pre 2	Faire signer par les médecins traitants les contrats portant sur leurs conditions d'exercice dans l'établissement.	3 mois <i>Un mail de rappel a été envoyé aux médecins traitants</i>
E.3	Les prescriptions informatiques sur NETSOINS n'indiquent pas les actes d'écrasement et d'ouverture des gélules pour les patients souffrant de troubles de la déglutition alors que ces dispositions relèvent du mode d'emploi des médicaments prescrits (article R.5132-3 2° du CSP).	Pre 3	Préciser, sur les prescriptions, les modes d'emploi des traitements prescrits pour les patients dysphagiques.	<u>Immédiat</u> <i>Un mail de rappel a été envoyé aux médecins traitants</i>

Recommendations				
Remarque (référence)		Libellé de la recommandation		Délai de mise en œuvre
R.1	Le protocole et le processus de PECM (sous forme d'un logigramme) ne détaillent pas certaines étapes particulières	Rec 1	Mettre à jour les documents relatifs à la PECM.	2 mois
R.2	Le protocole d'urgence a également été transmis à la mission d'inspection à sa demande. Ce protocole, rédigé en juillet 2023 par l'IDEC, est en mode projet et non validé par le médecin coordonnateur	Rec 2	Procéder à la validation de ce protocole et apporter la précision que la saturation en O2 cible nécessite la mise sous oxygénothérapie et d'une limite de débit administrable, y compris pour les résidents en insuffisance respiratoire chronique. Porter connaissance de ce protocole aux équipes soignantes par émargement.	Réalisé selon les réponses de l'établissement
R.3	Il n'a pas été mis en place d'actions de sensibilisation des équipes soignantes et accompagnantes intervenant dans l'aide à la prise médicamenteuse aux événements indésirables liées aux erreurs médicamenteuses pouvant survenir dans les EHPAD (iatrogénie médicamenteuse).	Rec 3	Sensibiliser les équipes soignantes et aidantes aux événements indésirables liés aux médicaments.	3 mois
R.4	La mission d'inspection n'a pas été destinataire du compte rendu de la CCG tenue en décembre 2023 alors que le document avait été demandé en annexe de la lettre d'annonce (grille d'évaluation).	Rec 4	Transmettre le compte rendu de la CCG de décembre 2023	Réalisé
R.5	La majorité des conventions date du début des années 2000. Bien qu'en principe elles sont reconduites de façon tacite, aucune vérification des besoins de mise à jour, liés notamment à des changements d'organisation des structures, n'a été réalisée.	Rec 5	Revoir et mettre à jour les conventions de partenariat pour s'assurer que les dispositions qu'elles présentent sont toujours d'actualité.	6 mois

R.6	Au regard de la convention avec le CH d'Haguenau qui précise qu'en cas de déclenchement de plan bleu les hospitalisations sont prises en charge par le CH, le plan bleu de l'EHPAD n'intègre pas la PECM.	Rec 6	Mettre à jour le plan bleu, s'il est propre à l'EHPAD (et dans la négative l'élaborer) en veillant à inclure la sécurité de la prise en charge sur le versant médicamenteux et dispositifs médicaux (gestion, stockage) en référence au guide d'aide à l'élaboration du ministère : guide_d_aide_a_la_redaction_plan_bleu_ehpad_2022.pdf (sante.gouv.fr)	2 mois
R.7	Il n'a pas été mis en place de charte d'incitation à la déclaration à destination du personnel.	Rec 7	Etablir et diffuser la charte d'incitation de déclaration.	Réalisé <i>La charte a été transmise</i>
R.8	Les bilans réguliers des événements survenus ne sont pas mis en place, conformément à la procédure ad hoc, et les réalisations de CREX (Comité de retour d'expérience) faisant suite aux EIGS ne sont pas abordés dans la procédure.	Rec 8	Mettre à jour la procédure de déclaration des événements indésirables pour faire figurer la tenue de CREX en cas d'EIG et réaliser un bilan régulier des événements survenus.	Réalisé <i>La procédure a été mise à jour</i>
R.9	La procédure relative aux événements indésirables ne traite pas des événements entraînant des effets indésirables et leur modalité de déclaration auprès du centre régional de pharmacovigilance.	Rec 9	Mettre à jour la procédure de déclaration des événements indésirables en détaillant les modalités de déclaration des effets indésirables et en précisant les coordonnées du centre régional de pharmacovigilance.	Réalisé <i>La procédure a été mise à jour</i>
R.10	L'IDE actuellement sur le poste d'IDEC n'a pas suivi de formation afférente à son poste.	Rec 10	Informier l'ARS de la date de démarrage de la formation IDEC.	1 mois
R.11	Les traitements administrés au moment des repas ne sont pas tracés en temps réel sur le logiciel NETSOINS au moyen des tablettes connectées, mais en fonction des IDE, avant ou après la distribution des traitements. Ces pratiques individuelles sont susceptibles de conduire à des risques d'oubli ou d'erreur.	Rec 11	Mettre en place dans les protocoles et processus des règles claires sur la traçabilité d'administration des médicaments, puis informer le personnel, cette dernière devant être réalisée au plus proche des prises pour éviter toute erreur ou oubli.	2 mois

R.12	Par ailleurs, au moment de la distribution des traitements, l'absence d'utilisation des tablettes connectées prive le personnel de la possibilité de vérifier l'identité du résident au moyen de sa photo reliée à son dossier informatique et visible sur la tablette connectée.	Rec 12	Renforcer l'identitovigilance du personnel au moment de la distribution des traitements, au moyen par exemple de l'utilisation des photos des résidents présentes sur les tablettes connectées.	Réalisé <i>Mise en place d'un trombinoscope</i>
R.13	Il n'a pas été rédigé et diffusé au personnel aidant, principalement les AS et faisant fonction, de protocoles de soins, permettant d'informer le personnel des modalités d'aide à la prise en rapport avec les niveaux de formation et d'encadrement de chacun.	Rec 13	Mettre en place les protocoles de soins relatifs à l'aide à la prise des médicaments et porter connaissance de ce protocole aux équipes concernées par émargement.	Réalisé <i>Le protocole a été transmis</i>
R.14	La fiche de poste AS de l'établissement ne précise pas dans le cadre des activités listées, l'aide à la prise des médicaments non injectables, à l'instar des fiches de poste AES et AMP.	Rec 14	Mettre à jour la fiche de poste AS.	Réalisé
R.15	Les traitements nominatifs hors piluliers, ainsi que les « si besoin » ne sont pas systématiquement rangés dans les casiers individuels des résidents et sont mélangés pour constituer des stocks tampons de médicaments destinés pour certains à des traitements d'urgence, dont la quantité n'est ni établie, ni suivie.	Rec 15	Ranger si possible, les traitements dédiés aux résidents dans leur casier nominatif.	3 mois
R.16	Parmi ces stocks tampons, la présence en vrac dans un tiroir de différents médicaments dits d'urgence et pour certains à risques importants, en l'occurrence du chlorure de potassium injectable, présente un danger en cas de détournement ou d'erreur d'utilisation.	Rec 16	Attribuer les médicaments soit dans la dotation d'urgence vitale soit dans la dotation pour les besoins urgents (traitement de première intention) (cf. Rec 21). Pour les médicaments à risque important présents dans la dotation pour les besoins urgents, les ranger à distance des médicaments d'utilisation courante pour éviter toute confusion.	Réalisé

R.17	Par ailleurs, la présence de stocks de réserve de médicaments recueillis auprès des traitements excédentaires des résidents et sans contrôle des quantités ne permet pas une gestion efficace de la rotation des médicaments et peut conduire à des pertes importantes de médicaments non utilisés et périmés.	Rec 17	Mettre en place une dotation propre aux besoins urgents (traitement de première intention) et suivre cette dotation (cf. Rec 21). Restreindre leur quantité en fonction des besoins.	Réalisé
R.18	Les documents précisant les quantités de stupéfiants retournés à la pharmacie ne sont pas archivés à l'EHPAD, ce qui ne permet pas de justifier du nombre d'unités sorties du coffre vis-à-vis des quantités indiquées dans le registre de suivi.	Rec 18	Conserver les documents relatifs aux quantités de stupéfiants retournés à la pharmacie ou compléter le registre d'entrées/sorties des stupéfiants.	Réalisé <i>Les retours sont tracés</i>
R.19	Les IDE disposent chacun - hors intérimaire - d'un jeu de clefs du coffre à stupéfiants, ce qui augmente les risques de vol et de perte des clefs.	Rec 19	Restreindre le nombre de clefs d'accès au coffre à stupéfiants et en sécuriser l'accès au moyen d'une boîte à clefs sécurisée, par exemple.	2 mois
R.20	Les consignes des fiches de suivi des températures des réfrigérateurs indiquent une fourchette de température de [+1°C +6°C] ce qui ne permet pas de garantir les conditions de conservation des produits thermosensibles entre [+2°C et +8°C], et ne précisent pas les professionnels à contacter pour s'assurer du devenir des produits concernés en cas d'excursion.	Rec 20	Mettre à jour les consignes de la fiche de suivi des températures et d'appel aux professionnels en cas d'excursion.	Réalisé <i>Les consignes sont mises à jour</i>
R.21	Les dotations d'urgence vitale et pour besoin urgent sont communes, ce qui limite leur efficacité d'utilisation selon la situation rencontrée.	Rec 21	Séparer les dotations d'urgence vitale et pour besoin urgent et en assurer des suivis individualisés (cf. Rec 17).	Réalisé (cf. Rec 16 et 17)