

Direction Inspection, Contrôle et Evaluation

Affaire suivie par :

Madame Sophie VINEL
Directrice
EHPAD LES SAULES
170 avenue Jules Ferry
88290 SAULXURES SUR MOSELOTTE

Objet : Décision administrative, suite à inspection de l'EHPAD Les Saules à Saulxures/Moselotte

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

Madame la Directrice,

J'ai diligenté dans votre établissement, le **17/04/2024**, une inspection portant sur le contrôle et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse des résidents.

Je vous ai transmis le **29/05/2024** 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 le **28/06/2024**, 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 sont maintenues jusqu'à mise en place des actions correctives présentées dans votre courrier de réponse. Les délais de mise en œuvre pour les prescriptions des écarts n°1, 3 et 5 ont été revus conformément à vos demandes.

Par ailleurs, je note que vous envisagez de recourir à la solution de télé-coordination des soins proposé par TELEMEDICARE. Je vous invite à faire part de vos choix définitifs, une fois établis, et des modalités de mises en œuvre à la délégation territoriale des Vosges.

II. Recommandations

Les recommandations des remarques **5 à 8** sont levées.

Les recommandations des autres remarques sont maintenues jusqu'à mise en place des mesures correctives décrites dans votre courrier de réponses. La remarque **4** est maintenue en l'absence de transmission des conventions désignées. Le délai de la recommandation 1 a été revu à 6 mois.

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 Télécours 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 des Vosges** (1 quartier de la Magdeleine - CS 61019 - 88060 Epinal Cedex 09).

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 - Joséphine
MAROTTA,
Joséphine MAROTTA
Nancy le 15/07/2024



Copies :

- ARS Grand-Est :
 - o Direction de l'Autonomie
 - o DT88

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 valide de moins de 5 ans, contrairement aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.	Pre 1	Rédiger le nouveau projet d'établissement et s'assurer que celui-ci soit conforme aux dispositions des articles L. 311-8, D. 312-160 et D. 311-38 du CASF.	6 mois Nouveau délai : 1^{er} semestre 2025
E.2	La fréquence de réunions de la commission de coordination gériatrique, qui est au moins d'une fois par an, n'est pas tenue (article D. 312-158 3° du CASF).	Pre 2	Planifier la réunion de la commission de coordination gériatrique avec les professionnels concernés.	6 mois La CCG est programmée pour novembre 2024
E.3	Tous les médecins traitants libéraux n'ont pas signé de contrat avec l'EHPAD (article L.314-12 du CASF).	Pre 3	Faire signer les contrats à l'ensemble des médecins traitants.	6 mois Au fil de l'arrivée de nouveaux médecins traitants
E.4	Bien qu'il ait été signé en décembre 2023 un contrat de médecin coordonnateur avec un médecin généraliste (suite à l'avis de l'Ordre des médecins), l'EHPAD ne dispose pas à proprement parler d'un médecin coordonnateur disposant des qualifications requises et répondant aux fonctions inhérentes à ce poste (articles D. 312-155-0 II et D. 312-156 du CASF).	Pre 4	Recruter un médecin coordonnateur.	6 mois Solution envisagée : appel au dispositif de télé-coordination des soins proposé par TELEMEDICARE
E.5	Des ASH non qualifiés sont en mesure, selon les fiches de tâches établies, de dispenser des soins de jour aux résidents (glissement de tâches), contrevenant aux dispositions de l'article L.312-1 II du CASF.	Pre 5	Revoir les fiches de tâches des ASH afin d'éviter tout glissement de tâches vers des « soins » aux résidents.	3 mois Nouveau délai : fin 2024

E.6	La retranscription des prescriptions médicales par les IDE contrevient à la réglementation sur les modalités d'exercice de la profession d'IDE (article L. 4311-1 CSP).	Pre 6	Sensibiliser les médecins traitants à l'utilisation du logiciel de prescription de l'EHPAD.	3 mois Recours progressif à la téléconsultation
E.7	Le protocole d'évaluation et de gestion de la douleur permettant de sécuriser la prise en charge de la douleur et sans prescription nominative n'est pas visée par un médecin (article R. 4311-8 CSP).	Pre 7	Valider par un médecin le protocole d'évaluation de la douleur.	3 mois
E.8	Les listes de dotations de soins de première urgence et d'urgence vitale n'ont pas été validées par le pharmacien ayant passé convention en application du I de l'article L. 5126-10 du CSP et l'un des médecins attachés à l'établissement (article R. 5126-108 CSP).	Pre 8	Consulter le pharmacien référent et un médecin de l'établissement pour validation des contenus des dotations d'urgence.	2 mois

Recommandations				
Remarque (référence)		Libellé de la recommandation		Délai de mise en œuvre
R.1	Le plan d'amélioration de la qualité ne hiérarchise pas les besoins de rédaction et de mise à jour des procédures et protocoles de prise en charge des résidents, en priorisant les protocoles les plus importants, et ne précise pas pour chaque thématique, les pilotes en charge des actions pour répondre à chaque objectif.	Rec 1	Préciser et hiérarchiser les besoins de rédactions et de mise à jour des procédures et protocoles au sein du plan d'amélioration de la qualité. Définir les pilotes en charge des actions pour répondre à chaque objectif	2-mois Nouveau délai : 6 mois
R.2	La procédure relative au circuit du médicament (date de mise à jour : 22/06/2023) n'est pas suffisamment détaillée sur les opérations réalisées au sein de l'EHPAD.	Rec 2	Compléter la procédure relative au circuit du médicament (cf. éléments détaillés au paragraphe 2.2 du rapport d'inspection).	3 mois
R.3	Il n'a pas été mis en place de désignation et de sensibilisation des AS et AES intervenant dans l'aide à prise des médicaments et sur les risques iatrogéniques liés aux médicaments.	Rec 3	Désigner et sensibiliser les AS et AES intervenant dans l'aide à la prise des médicaments et sur les risques iatrogéniques liés aux médicaments.	3 mois
R.4	Il n'a pas été présenté de convention avec l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) avec le CH d'Epinal et d'hospitalisation à domicile (HAD) du CH de Gérardmer ni de convention avec le centre hospitalier de Mirecourt sur la collaboration avec le centre médico-psychologique.	Rec 4	Transmettre les conventions désignées.	Réalisé (Toutefois les conventions n'ont pas été transmises)
R.5	Il n'a pas été mise en place de charte pour l'incitation à la déclaration d'évènements indésirables par le personnel au sein de l'établissement.	Rec 5	Mettre en place et diffuser une charte d'incitation à la déclaration des EI.	Réalisé
R.6	La présence du personnel aux réunions CREX sur la base du volontariat ne permet pas de s'assurer de la présence des compétences techniques concernées par les évènements.	Rec 6	Revoir les modalités de constitution des réunions CREX.	Réalisé

R.7	La procédure de déclaration des événements indésirables ne décrit pas les modalités d'analyse approfondie des événements indésirables graves via la démarche de retour d'expérience. Elle ne précise pas non plus la nécessité d'une interdisciplinarité dans l'analyse des événements graves.	Rec 7	Compléter la procédure de déclaration des EI.	Réalisé
R.8	Les modalités de déclaration au centre régional de pharmacovigilance des effets indésirables liés aux traitements médicamenteux conformément aux articles R. 5121-150 et R. 5121-161 du CSP ne sont pas précisées dans la documentation de l'établissement.	Rec 8	Préciser les modalités dans la documentation.	Réalisé
R.9	Les fiches de poste d'AMP et d'AS - datant d'août 2017 - ne spécifient pas les aides à la prise des médicaments en collaboration avec les IDE.	Rec 9	Mettre à jour les fiches de poste.	3 mois
R.10	La confrontation des traitements avant et au retour à l'EHPAD par des professionnels de santé n'est pas formalisée.	Rec 10	Préciser l'organisation permettant, en l'absence de MEDEC, d'évaluer les traitements prescrits en sortie d'hospitalisation et les modifications apportées le cas échéant, aux traitements chroniques durant l'hospitalisation.	3 mois
R.11	L'absence de médecin coordonnateur ne permet pas de proposer et de diffuser une politique de prescription médicamenteuse adaptée aux bonnes pratiques gériatriques dans le cadre d'une optimisation médicamenteuse.	Rec 11	Définir des objectifs spécifiques à l'EHPAD pour améliorer certaines pratiques de prescription (psychotropes, adaptation de la posologie).	6 mois
R.12	La liste préférentielle des médicaments à prescrire n'est pas opérationnelle : elle n'a pas été mise à jour depuis 2018, et n'est pas diffusée auprès des médecins traitants.	Rec 12	Mettre à jour et diffuser la liste préférentielle des médicaments à prescrire en collaboration le cas échéant, avec le pharmacien référent.	6 mois

R.13	Les informations particulières liées à la dispensation et au conseil nécessaire au bon usage des produits de santé (ex : substitution, durée légale de prescription ayant pour conséquence la modification des plans de traitement...) ne sont pas communiquées aux IDE par la pharmacie.	Rec 13	Mettre en place une organisation permettant la transmission des informations particulières liées à la dispensation avec le pharmacien référent.	3 mois
R.14	Les piluliers préparés ne font pas l'objet d'un recontrôle par une IDE différente de celle qui a réalisé l'opération.	Rec 14	Envisager une organisation permettant un recontrôle (aléatoire ou complet) des piluliers permettant de détecter les erreurs de piluliers avant leur distribution au moment des repas.	3 mois
R.15	Les plans de traitements figurant dans les classeurs n'étant pas systématiquement réédités chaque semaine, l'organisation mise en place ne permet pas de s'assurer si les plans de traitement dans les classeurs sont à jour ou s'il s'agit d'un oubli d'édition.	Rec 15	Editer chaque semaine les plans de traitement ou formaliser sur les plans de traitement que ces derniers sont toujours à jour par rapport aux prescriptions en cours.	1 mois
R.16	Par ailleurs, la fiche de suivi des médicaments attendus n'est pas suffisamment complétée (motifs du changement) et tracée (des médicaments figurant sur cette liste devant être barrés).	Rec 16	Améliorer la fiche de suivi des médicaments attendus de la pharmacie pour compléter les piluliers.	3 mois
R.17	L'administration par du personnel non-IDE de médicaments prescrits en « si besoin » sans décision prise en ce sens par une IDE voire un médecin n'entre pas dans le cadre des actes de la vie courante.	Rec 17	Revoir l'organisation de la distribution des médicaments prescrits en « si-besoin », de manière que les décisions soient prises par une IDE ou un médecin.	3 mois
R.18	L'EHPAD ne dispose pas de protocoles d'urgence indiquant aux IDE la démarche à suivre.	Rec 18	Rédiger et diffuser le protocole d'urgence.	3 mois
R.19	L'information des AS de la conduite à tenir en cas de situation d'urgence en dehors de la présence effective des IDE n'est pas suffisamment consolidée.	Rec 19	Renforcer l'information des AS sur la conduite à tenir en cas d'urgence.	3 mois
R.20	Il n'a pas été présenté de protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie.	Rec 20	Transmettre le protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie.	2 mois

R.21	Il n'a pas été établi de démarche à suivre en cas de détection de produits manquant dans les traitements préparés : contact de la pharmacie pour connaître les motifs du manquant, contact du médecin traitant pour l'informer de la situation. Cette situation peut potentiellement conduire à un risque de rupture thérapeutique. (Cf Remarque 13)	Rec 21	Mettre en place une organisation permettant d'organiser le suivi des manquants avec la pharmacie et d'informer les médecins traitants.	2 mois
R.22	Les IDE disposent chacun d'un jeu de clefs du coffre à stupéfiants, ce qui augmente les risques de vol et de perte des clefs.	Rec 22	Réduire à un nombre raisonnablement limité le nombre de clefs du coffre à stupéfiants.	3 mois
R.23	Il n'y a pas de consignes mises en place concernant les professionnels à contacter pour s'enquérir du devenir des produits froids stockés en cas d'excursion des températures.	Rec 23	Renforcer les consignes en cas d'excursion des températures des produits froids stockés.	2 mois