

**Délégation départementale de la Vienne
Conseil département de la Vienne**

Dossier suivi par [REDACTED]

Téléphone [REDACTED]

Courriel [REDACTED]

Poitiers, le 18 septembre 2023

Nos réf. : Lettre de mission d'inspection du 3 octobre 2022

Lettre recommandée avec accusé de réception

N° de l'envoi **2C16951117476**

282CGM

Madame [REDACTED]

Directrice

EHPAD « résidence D'or »
22 rue d'Yprès

86500 MONTMORILLON

Objet : Inspection - courrier de levée des mesures correctrices

Madame la directrice,

A l'issue de l'inspection concernant l'EHPAD « Résidence d'Or » de Montmorillon réalisée le 20 octobre 2022, vous avez reçu par courrier en date du 13 décembre 2022 le rapport d'inspection accompagné d'un tableau reprenant les mesures correctrices proposées.

Suite à ce courrier et dans le cadre des dispositions des articles L121-1 et L122-1 du code des relations entre le public et l'administration, vous avez formulé des observations reçues par mail le 20 janvier 2023.

Depuis cette date et dans le respect du calendrier, vous avez mis en place les mesures correctrices attendues afin de remédier à certains dysfonctionnements et non-conformités constatés le jour de l'inspection.

En conséquence, les mesures correctrices ne se justifient plus et sont donc levées.

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

**Le Directeur de la délégation
départementale,**

Benjamin DAVILLER

**Pour le Président du Conseil Départemental
Et par délégation
La Directrice Générale Adjointe des Solidarités**

Marion ANDRAULT-DAVID

Benjamin DAVIER
Institution de la Religion
Chapitre de la Religion

Benjamin DAVIER

ordre rapport	Paris	E/R	LIBELLE de l'écart ou de la remarque	INJONCTION / PRESCRIPTION / RECOMMANDATIONS	DELAI à réception du rapport définitif	AVIS AFS 30-01-23	Commentaires de l'AFS	réponse mars 2023	réponse juin 2023 et août 2023
1	I- Conditions d'habitation	E01	Ecart 1 : compte tenu du taux de sous-occupation, l'établissement ne respecte pas la capacité définie par l'arrêté d'autorisation	Prescription : Indiquer les mesures employées pour atteindre le taux d'occupation proche de 100%	à réception	A LEVER car mesure mise en place			
2	II- Gouvernance de la structure	E02	Ecart 2 : en n'ayant pas finalisé la démarche d'actualisation du projet, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article L311-6 du CASF	Prescription : Finaliser la démarche d'actualisation du projet (rétablissement)	3 mois	attendre éléments probants			PE rédigé le 16/01/2023, présenté le 28 mars au CVS et transmis le 16 mars 23
3	II- Gouvernance de la structure	R01	Remarque 1 : l'absence de CHSCT ne permet pas de garantir un véritable dialogue social au sein de l'établissement.	Recommandation : Transmettre aux autorités les PV des CHSCT 2021 et 2022	3 mois	attendre éléments probants	l'EHPAD a transmis un PV de CSE au niveau national et non de Montmordillon		il n'y a qu'un seul CSE au niveau national - accord de refondation du dialogue social 7/12/2022 crée des CSE régionaux
4	II- Gouvernance de la structure	E03	Ecart 3 : le dispositif d'astreinte administrative des soins et week-end n'est pas porté par des personnes qualifiées.	Prescription : Adresser aux autorités, la nouvelle note relative au dispositif d'astreinte.	à réception	attendre éléments probants	reponse mars 2023 : recrutement d'une adjointe de direction le 11/01/23 - mirl (formidab-encadré 7) mis en place		
5	II- Gouvernance de la structure	R02	Remarque 2 : la mission n'ayant pas demandé le document unique de délégation, elle n'a pas pu vérifier la conformité aux dispositions de l'article D312-176-5 du CASF	Recommandation : Adresser à la mission le document unique de délégation	à réception	attendre éléments probants	document unique de délégation signé le 13 mars 23 et annexé 5		
6	II- Gouvernance de la structure	R03	Remarque 3 : l'absence de réunions régulières avec le gestionnaire, et de réunions en équipe de direction ne permet pas d'assurer efficacement la conduite des projets à mettre en œuvre au sein de l'établissement.	Recommandation : Adresser aux autorités les 3 territoires PV des réunions avec le gestionnaire	à réception	attendre éléments probants	Les documents transmis ne sont pas des PV de réunions avec le gestionnaire	une réunion plénière le 22/4/23 et 3 autres	
7	II- Gouvernance de la structure	R04	Remarque 4 : l'absence de plan de formation continue à destination de l'ensemble des professionnels de l'établissement ne permet pas de développer et d'enrichir les compétences individuelles et collectives des professionnels (Recommandation ANESM relative aux missions du responsable d'établissement et au rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance - partie II - Décembre 2006).	Recommandation : Elaborer un plan de formation sur 5 ans	3 mois	attendre éléments probants	Les documents transmis font état des formations réalisées de 2019 à 2022 mais pas de plan de formation fourni	Ok plan de formation annuel	Ok plan de formation annuel
8	II- Gouvernance de la structure	R05	Remarque 5 : l'établissement n'a pas adressé à la mission les fiches de postes ou tâches demandées	Recommandation : Adresser aux autorités les fiches de postes ou tâches des différents salariés.	à réception	attendre éléments probants		Groupes de travail du 4 au 22 mars - planning réunion de reorganisation du travail	présentation CSE le 31/08/2023
9	II- Gouvernance de la structure	E04	Ecart 4 : En ne s'assurant pas de l'appropriation des protocoles par les soignants et les agents de service, l'établissement n'est pas conforme à l'article D312-159.	Prescription : Adresser aux autorités la méthode mise en place d'appropriation des protocoles/procédures signées et datées	à réception	A LEVER car mesure mise en place			
10	II- Gouvernance de la structure	R06	Remarque 6 : en ne développant pas au sein de la résidence la démarche qualité et notamment la cartographie des risques au sein de l'EHPAD, l'établissement ne répond pas aux recommandations de bonnes pratiques.	Recommandation : Fournir contact avec le Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Nouvelle-Aquitaine (CCECOA) afin d'entrer dans la démarche qualité.	à réception	attendre éléments probants		contact CCECOA le 9 janvier 2023 et appel OMEDI pour une demande d'appui de la SRA - sur la prévention maltraitance, une intervention payante au CCECOA.	
11	II- Gouvernance de la structure	E05	Ecart 5 : l'insuffisance, voire l'absence de professionnels dans les effectifs ne permettent pas la prise en charge et l'accompagnement de qualité qui doivent être assurés au respect de l'application de l'article L311-3 3° du code de l'action sociale et des familles.	Prescription : Indiquer aux autorités les mesures mises en œuvre afin de recourir aux professionnels nécessaires pour répondre à la charge en soins et accompagner la dépendance	à réception	A LEVER car mesure mise en place			
12	II- Gouvernance de la structure	R07	Remarque 7 : La procédure de gestion des réclamations et des EIG (dont l'analyse des causes et plan d'actions) a été demandée mais n'a pas été fournie à la mission	Recommandation : Fournir la procédure de gestion des réclamations et des EIG (dont l'analyse des causes et plan d'actions)	à réception	A LEVER car mesure mise en place			
13	II- Gouvernance de la structure	E06	Ecart 6 : en ne réunissant pas au moins 3 fois par an le CVS, l'établissement n'est pas conforme à l'article L311-6 du CASF.	Prescription : Réunir le CVS trois fois dans l'année, à minima	à réception	A LEVER car mesure mise en place			
14	II- Gouvernance de la structure	E07	Ecart 7 : en ne prévoyant pas de procédures pour les remplacements la direction ne s'assure pas de la continuité des soins conformément à l'article L311-3 du CASF	Prescription : Elaborer une procédure pour les remplacements afin de faciliter leur prise de poste	à réception	attendre éléments probants	mauvaise compréhension : il s'agit de prévoir une procédure d'intégration ou un tutorat le jour du remplacement		livret d'accueil salarié modifié le 14/02/23 - checklist
15	II- Gouvernance de la structure	R08	Remarque 8 : En ne régulant pas les plannings, la direction de l'EHPAD ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM-HAS	Recommandation : Réguler les plannings afin de s'assurer de la participation de l'ensemble des professionnels du début à la fin des transmissions.	à réception	attendre éléments probants liés à la prochaine organisation des plannings	Groupes de travail organisés - nouvelle fiches horaires - vu la document		présentation CSE le 31/08/2023 pour application au 1er octobre
16	III - Prise en charge	E08	Ecart 8 : 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.	Prescription : Elaborer pour l'ensemble des résidents des projets de vie individualisés	3 mois	attendre éléments probants	dans l'attente de la certitude que l'ensemble des PVI soit élaboré		au 10 juin l'ensemble des PVI des PA présentés le jour de l'inspection sont réalisés

ordre rapport	Partie	E/R	LIBELLE de l'écart ou de la remarque	INJONCTION / PRESCRIPTION / RECOMMANDATIONS	DELAI à réception du rapport définitif	AVIS AIRS 30-31-32	Commentaires de l'ARS	réponse mars 2023	réponse juin 2023 et août 2023
17	III - Prise en charge	R09	Remarque 9 : en n'associant pas l'ensemble des professionnels à l'élaboration du projet individualisé, à sa mise en œuvre, à son suivi régulier et à son évaluation l'établissement ne répond pas aux recommandations ANESM « Les attentes de la personne et le soutien personnalisé » (décembre 2008).	Recommandation : Associer l'ensemble des personnels à la procédure d'élaboration, au suivi et à l'évaluation des projets de vie des résidents.	3 mois	A LEVER car mesure mise en place			
18	III - Prise en charge	E09	Ecart 9 : L'établissement n'est pas conforme à l'article du 26/04/1999 qui préconise une durée du jeûne nocturne inférieure ou égale à 12 heures.	Prescription : Proposer en systématique des collations aux personnes qui ont des troubles de l'endormissement ou du sommeil.	à réception	A LEVER car mesure mise en place			
19	III - Prise en charge	R10	Remarque 10 : la mission n'a pas pu vérifier si le système de triage des appels malades est opérationnel.	Recommandation : vérifier régulièrement les temps moyen des réponses apportées pour un appel malade.	à réception	A LEVER car mesure mise en place			
20	III - Prise en charge	R11	Remarque 11 : la mise à jour des conventions ou la renégociation régulière des objectifs est un page d'efficacité dans le cadre de la continuité des soins entre l'établissement de santé et l'EHPAD.	Recommandation : réactualiser les conditions de la collaboration des services du CHU-alla de Montmorillon et du CH H Labord sur la prise en soin des résidents à l'hôpital.	3 mois	A LEVER car mesure mise en place			
21	A Gouvernance PECM	1.3	Remarque 1 : Les CR des audits ne précisent pas les actions/mesures correctives et leur suivi (évaluation des actions précédemment arrêtées). Un CR renvoi à un plan d'actions qui n'a pas été communiqué.	Recommandation 1 : Le format des CR frauds intègre généralement des actions, leur échéance et l'évaluation des actions précédemment arrêtées.	à réception	A LEVER car mesure mise en place	Vu plan d'actions qualité		
22	A Gouvernance PECM	2.1.2	Remarque 1bis : Il ressort des constats (Cf. infra) que les protocoles opératoires exécutés par le personnel ne sont pas conformes aux procédures institutionnelles.	Recommandations 1bis : La formation du personnel notamment de nouveaux arrivants doit intégrer la prise de connaissance des procédures instaurées.	à réception	Recommandation maintenue		Vu le fascicule d'accueil cependant ce dernier ne mentionne pas pour le personnel concerné, les procédures qui nous intéressent en rapport avec la PECM notamment la gestion de l'administration des médicaments, l'accès à l'ouverture des médicaments avec le livret de référence des procédures correspondantes. En outre pour les nouveaux arrivants, avant la prise de fonction, sans information préalable pas de la formation, de l'évaluation des compétences et le cas échéant de l'habilitation évoquées plus loin.	
23	A Gouvernance et PECM	2.2.1 et 2.2.2	Remarque 2 : Le plan d'actions issu de l'autoévaluation n'est pas renseigné de fait, les actions, les échéances, les indicateurs ne sont pas définis.	Recommandation 2 : Renseigner le plan d'actions de pilotage de la qualité de la PECM.	à réception	Aligner documents probants à l'échéance du 17 février 2023 (plan d'actions intégré)		Bien noté la formation à l'outil de l'IDEC le 13 février	
24	A Gouvernance PECM	2.2.3	Remarque 3 : la lecture des EIG correspondant à des erreurs de distribution signalées en 2021 et 2022 indique toutefois que les points de vigilance/contrôle de cette étape sont négligés.	Recommandation 3 : Une attention particulière est à porter sur le respect de la procédure de distribution/administration lors de la formation du personnel nouvellement recruté (interne) à compléter par une évaluation des compétences. L'analyse des causes des EIG "erreur de distribution" s'attachera à définir systématiquement les interférences dans le processus : surcharge de travail, interruption de tâches, organisation du travail, délégation sans évaluation/évaluation, etc... suivi d'une évaluation.	à réception	A LEVER car mesure mise en place		Dont acte la mise en place d'un livret de gestion des EIG intégrant une analyse des causes pluridisciplinaire.	
25	A Gouvernance PECM	3.7	Remarque 4 : Comme en témoigne le registre des EI "incidents de distribution des médicaments" pour 2022, les actions qui découlent des EIG sont des actions immédiates généralement de type reformulation ("miniformalion de 30 minutes") à la procédure concernée du personnel.	Recommandation 4 : Sur la base d'une analyse des causes la procédure en elle-même n'est pas revue/adaptée ou complétée ex formation des nouveaux arrivants avec mise en situation, évaluation des pratiques, prévention des interruptions de tâches, responsabilité/interaction d'autres opérateurs (ex : préparatrice en pharmacie), renfort RH, réorganisation du temps de travail.	à réception	A LEVER car mesure mise en place		Dont acte la formation de l'IDEC concomitamment au livret de gestion des EIG. A souligner les formations proposées par l'OMEDIT NA notamment sur la gestion des risques: https://www.omedit-nag.fr/sites/default/files/public/54/presentation_formation_omedit_2019_2020e.pdf.	
26	A Gouvernance PECM	4.5	Remarque 5 : Circuit du médicament maîtrise des risques = 0 agent formé à ce jour sur 5 prévus pour 2022 ; identification 2 agents formés à ce jour sur 3 prévus en 2022).	Recommandation 5 : Compte tenu du turn over important du personnel notamment paramédical en 2022 (6 IDE), la formation sur les thèmes en rapport avec la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient est à déployer en priorité.	à réception	Aligner documents probants à l'échéance prévue au plan de formation		Bien noté les formations sur le circuit du médicament après mise en place de programmes pour mai et septembre 2023.	

numéro rapport	Partie	E/R	LIBELLE de l'Ecart ou de la remarque	INJONCTION / PRESCRIPTION / RECOMMANDATIONS	DELAI à réception du rapport définitif	AVIS ARS 14-01-23	Commentaires de l'ARS	réponses mars 2023	reponse juin 2023 et août 2023
27	B. Prise en charge PECM	6.1	Remarque 6 : D'après l'évaluation de cette démarche de conciliation médicamenteuse est "partielle".	Recommandation 6 : Il paraît opportun de formaliser cette conciliation entre le médecin, le pharmacien et le médecin spécialiste sur la conciliation médicamenteuse dans un document (bulletin médicamenteux optimisés) confirmant le maintien/la posologie de traitements susceptibles d'interactions pharmacologiques ou encore possiblement inappropriées (addition d'effets secondaires).	à réception	Attendre éléments probants (bien que pas d'échec annoncé)		Convention, procédure ou protocole sont attendus en conciliation avec les professionnels de santé dont le pharmacien dispensateur au fil de toutes les prescriptions. Le taux de bilan médicamenteux optimisés constituera un bon indicateur.	
28	B. Prise en charge PECM	6.2	Remarque 7 : Le pharmacien dispensateur ne participe à la conciliation médicamenteuse des traitements prescrits par les divers praticiens qui prennent en charge le résident. Sur la base de l'historique des délivrances, ce dernier émet un avis sur la ligne de prescription lorsqu'il détecte une interaction potentielle mais sans aboutir à une vision globale des traitements utiles pour l'ensemble des prescripteurs y compris en cas d'hospitalisation.	Recommandation 7 : Favoriser dans les conventions avec les pharmaciens la réalisation "autonome" de la conciliation médicamenteuse entre les traitements prescrits par les praticiens (spécialistes, généralistes) intervenant autour du patient.	à réception	Recommandation 7 : Favoriser dans les conventions avec les pharmaciens la réalisation "autonome" de la conciliation médicamenteuse entre les traitements prescrits par les praticiens (spécialistes, généralistes) intervenant autour du patient.		Avec la convention EHPAD-pharmacie à proposer au pharmacien.	
29	B. Prise en charge PECM	6.5	Remarque 7bis : Selon les déclarations des IDE recueillies les médicaments des résidents autonomes ne sont pas laissés à leur disposition.	Recommandation 7bis : Cette position est contraire à la procédure institutionnelle et de nature à s'opposer à la liberté d'action d'un résident autonome. Vous voudrez bien vous assurer de la connaissance et du respect de la procédure institutionnelle par l'équipe soignante.	à réception	A LEVER car mesure mise en place		Dont acte le rappel de la procédure, en soulignant une vigilance du respect de la procédure.	
30	B. Prise en charge PECM	7.3	Remarque 8 : La transcription des ordonnances manuscrites par l'IDE est contrôlée par le Médecin.	Recommandation 8 : Encourager, promouvoir, inciter à la prescription dans le LAP. Revoir la convention avec les médecins en supprimant le "cas échéant".	à réception	Attendre éléments probants (bien que pas d'échec annoncé)		Une présentation de protocole de prescription via l'ARS en CCG est insuffisante : un CR a-t-il été envoyé aux médecins prescripteurs absents ? Présentation du projet avec calendrier de déploiement, attentes des prescripteurs, si possible avant à la convention pour engagement, formation rapide individuelle sur place à programmer/convenir, etc.	
31	B. Prise en charge PECM	7.4	Ecart 1 : Ecrasement des comprimés ou ouverture de gélules ne sont pas prescrits (laisser à l'appréciation et à l'initiative de l'IDE).	Prescription 1 : La décision d'écrasement des comprimés ou d'ouverture de gélules doit être impérativement prescrite au besoin à inclure explicitement dans la convention avec le médecin titulaire selon par défaut décision du Médecin (risque de fausse route).	à réception	A LEVER car mesure mise en place		Dont acte, prescription à compléter du 15/01/2023	
32	B. Prise en charge PECM	7.6	Remarque 9 : Une liste préférentielle des médicaments est disponible mais non utilisée du fait de la prescription papier. Des informations pratiques telles que la durée de conservation des médicaments multi-doses une fois ouverts sont absentes. En outre une mise à jour s'impose : par exemple pour l'Inxium dont la forme galénique gastro-résistante interdit son écrasement ou la surveillance préventive clinique ou biologique d'effets indésirables (ex : syndrome extrapyramidaux, risque de torsion de pointe) et encore la durée de conservation des médicaments multi-doses une fois ouverts.	Recommandation 9 : Une mise à jour du livret thérapeutique s'impose : par exemple pour l'Inxium dont la forme galénique gastro-résistante interdit son écrasement ou la surveillance préventive clinique ou biologique d'effets indésirables (ex : syndrome extrapyramidaux, risque de torsion de pointe) et encore la durée de conservation des médicaments multi-doses une fois ouverts.	3 mois	Attendre éléments probants à l'échéance du 1er mai 2023 (Ex : copie du livret thérapeutique)		Bien noté la révision du livret thérapeutique au 1er mai 2023	réponse 10 juin 23 = livret thérapeutique mis à jour en mai 2023
33	B. Prise en charge PECM	8.3	Ecart 2 : Une PDA pour une semaine de traitement est réalisée par les préparatrices des deux pharmacies sous convention à l'infirmerie de l'EHPAD.	Prescription 2 : Disposition contraire à la réglementation. Acte devenu pharmaceutique à effectuer dans les locaux de l'officine sous le contrôle (supervision) du pharmacien (L4241-1 et R5125-8 du CSP)	à réception	Attendre éléments probants à l'échéance du 2 mars 2023 (Ex : photo casier médical en pharmacie)		Bien noté la PDA en officine à partir du 2 mars 2023	
34	B. Prise en charge PECM	8.3	Remarque 10 : Les préparatrices réalisent la PDA en tenue de ville.	Recommandation 10 : Au minimum une tenue de travail professionnelle s'impose. En cas de déconditionnement de médicament cette tenue sera complétée par une surblouse, des gants, une charlotte et un masque type chirurgical.	à réception	A LEVER car mesure mise en place		Dont acte, tenue adaptée pour la PDA	
35	B. Prise en charge PECM	8.4	Remarque 10bis : les piluliers sont réalisés manuellement avec découpage des biliers, les spécialités sont identifiées de visu et l'étiquetage des piluliers ne permet d'identifier les médicaments contenus.	Recommandation 10bis : Le projet de PDA avec supervision informatique (prescription connectée, scan des spécialités, étiquetage informatisé (contenu, patient, temps de prise, nombre unités de prise) des piluliers correspondant à chaque temps de prise est à déployer sans délais.	à réception	Attendre éléments probants à l'échéance du 2 mars 2023 (Ex : copie d'écran + photo étiquettes pilulier et semainier)		Bien noté la supervision informatique à partir du 02/03/2024	

ordre rapport	Partie	LIBELLE de l'écart ou de la remarque	INJONCTION / PRESCRIPTION / RECOMMANDATIONS	DELAI à réception du rapport définitif	AVIS ARS 39-01-23	Commentaires de l'ARS	réponse mars 2023	réponse juin 2023 et août 2023
36	B. Prise en charge PECM	Remarque 11 : Les conventions sont muettes sur ce la procédure de gestion des non-conformités	Recommandation 11: Prévoir un chapitre qualité dans les conventions pour le traitement des non-conformités impliquant l'une ou l'autre partie.	à réception	Recommandation multilatérale		Il n'est pas prévu d'enregistrement des non-conformités, ni de retour d'information sur les mesures préventives/correctives, ni de bilan au minimum annuel. A noter que les deux parties sont concernées et non uniquement la pharmacie; par exemple une transmission écrite d'une prescription à la pharmacie. Enfin la convention stipule en art. VII une possible PDA en EHPAD par le pharmacien ce qui est en l'état actuel de la réglementation INTERDIT.	mise à jour de la convention avec l'officine
37	B. Prise en charge PECM	Remarque 12: Les délégations de tâches infirmières ne sont pas formalisées dans un document d'habilitation nominatif.	Recommandation 12: Les délégations de tâches infirmières sont à formaliser dans un document d'habilitation nominatif suite à une formation et une évaluation des compétences par la délégataire.	à réception	Recommandation multilatérale		L'IDE délégataire doit pouvoir justifier d'une évaluation de la compétence déléguée. Le cahier de transmission n'est pas le format adopté: une grille d'évaluation de la pratique est à établir, une délégation individuelle de compétence est à rédiger et enregistrer au titre de la qualification acquise.	cf annexe 1 de l'envoi du 10/06/23
38	B. Prise en charge PECM	Remarque 13: Nombre d'EIG impliquant le médicament aurait pu être évités si le personnel soignant respectait la procédure de vérification du plan de prise au préalable à la distribution.	Recommandation 13: Recommandation 3 (révisée)	à réception	A LEVER car mesure mise en place		Dont acte la formation des IDE le [] considérant que celle-ci intègre le rapprochement du contenu du pilulier avec le plan d'administration.	
39	B. Prise en charge PECM	Ecart 3 : Des charots de médicaments sécurisés sont utilisés pour la distribution/administration toutefois un flacon d'Heclidine était déposé depuis le matin sur le chariot de la salle à manger du rez-de-jardin pour la distribution de midi.	Prescription 3: Aucun médicament ne doit être accessible aux résidents et aux personnels non autorisés. (R4312-15 du CSP)	à réception	A LEVER car mesure mise en place		Dont acte le rappel de la consigne. Considérant que celle-ci sera respectée.	
40	B. Prise en charge PECM	Ecart 4 : Le personnel chargé de la distribution dans la grande salle à manger ne prend pas toujours le temps de vérifier la prise des médicaments édités.	Prescription 4: Prévoir une organisation fonctionnelle ou un renfort en ressources humaines pour assurer un fonctionnement le plus sécuritaire de l'étape de distribution/administration des médicaments, notamment la vérification de la prise des médicaments. (R4311-5-5° du CSP)	3 mois	A LEVER car mesure mise en place		Dont acte le rappel de la consigne et le renfort en IDE. Considérant que celle-ci sera respectée.	
41	B. Prise en charge PECM	Ecart 5 : Le découpage des blisters et l'absence d'étiquetage précis sur les piluliers à chaque temps de prise ne permet pas d'identifier le médicament et de connaître n° de lot et date de péremption.	Prescription 5: Le modèle de pilulier est à revoir pour intégrer les informations nécessaires au contrôle avant administration garant du respect de la règle des 5B (le bon médicament au bon malade, la bonne dose au bon moment et par la bonne voie d'administration). (R4311-5 allinéas 4, 5 et 6 du CSP)	3 mois	Attention éléments présents à 7 décembre au 2 mars 2023 (photo étiquette piluliers et semaiers)		Bien noté l'étiquetage informatif sur l'identité des médicaments en piluliers avec la PDA en officine à partir du 2 mars 2023.	réponse juin: 2mars 2023 déploiement de la PDE [] Elévation précise et vérification OK
42	B. Prise en charge PECM	Remarque 14 : Une liste des médicaments à ne pas écraser ou des gélules à ne pas ouvrir est incluse dans les classeurs de l'infirmière. Ces informations sont reprises par spécialité dans le livret thérapeutique mais pas connues du personnel infirmier présent.	Recommandation 14: Documents à faire connaître notamment aux prescripteurs. Paramétrer le LAP pour avertissement lors de la prescription.	à réception	A LEVER car mesure mise en place		Toutefois la mesure s'appuie essentiellement sur la vigilance de l'IDE et du médecin coordonnateur, la paramétrage du LAP informera le prescripteur que le médicament ne peut être broyé ou ouvert.	
43	B. Prise en charge PECM	Remarque 15 : Bien que les protocoles Med 004 (écrasement et solubilité des médicaments) et Med 002 (distribution des médicaments) stipulent si besoin un écrasement et une administration des médicaments "un à un", selon les déclarations recueillies, le personnel a pris l'habitude de broyer ensemble les médicaments et les mélanger dans de l'eau gélifiée pour les	Recommandation 15 : Pratique à proscrire, les médicaments écrasables doivent être broyés un par un sans être mélangés (risque d'interaction chimique et d'activité).	à réception	A LEVER car mesure mise en place		Dont acte la formation au personnel chargé de la distribution/administration des médicaments le [] en soulignant que le respect des procédures est à évaluer.	

numéro rapport	Partie	E/R	LIBELLE de l'écart ou de la remarque	TITRE	INDICATION / PRESCRIPTION / RECOMMANDATIONS	DELAI à réception du rapport définitif	AVIS ARS 30-01-23	Commentaires de l'ARS	réponse mars 2023	réponse juin 2023 et août 2023
44	B. Prise en charge PECM	10.8	Remarque 16 : Pas de consigne de bon usage des antibiotiques dans le livret thérapeutique (ex: pas de FQ si prescription antérieure de moins de 6 mois, utilisation TROD ergoline, BU chez la femme). Thème absent de l'ordre du jour des commissions de coordination générale. Le pharmacien n'a pas accès aux résultats de biologie (ex: antibiogramme ciblé) et il n'y a pas de suivi de la consommation d'antibiotiques.	R10.8	Recommandation 16 : Cette démarche de concertation/coopération entre professionnels de santé (médecin, pharmacien, kiné y compris IDE) sur le bon usage des antibiotiques est à retenir. Pour rappel, il est constaté une forte augmentation des BMR dans les EHPAD.	6 mois	Attendre éléments probants : fiches conseils en antibiothérapie, copie ordonnance, livret thérapeutique, justificatif droit d'accès aux résultats de biologie, données de pharmacien, suivi consommation AB par classe thérapeutique...	Bien noté les dispositions prises et mises en œuvre.	vu l'annexe-livret thérapeutique mis à jour en mai 2023 et diffusé par le médecin aux MT. Profil netsoin du pharmacien a été modifié. Cf annexe 3 et 4 de l'envoi du 10 juin	
				C	13.1	Ecart 6 : Le rangement des médicaments dans les tiroirs des résidents est délégué à la préparatrice en pharmacie qui assure le transport en amont et la PDA en aval. En outre, cette matérialité est contraire à la Procédure Miel 102 (Gestion du rangement et de la préparation des médicaments) qui stipule que les médicaments sont rangés par une IDE.	R13.1	Prescription 6 : La prescription 2 est reliée, en outre le pharmacien doit être par définition non salarié de la structure n'est pas légitime pour assurer la responsabilité de la gestion du stock des médicaments au sein de l'EHPAD qui plus est accessible à du personnel qui n'est pas sous son autorité. Avec le retour de la PDA à l'officine de pharmacie, les modalités de livraison et de réception des médicaments au sein de l'EHPAD seront à remettre en conformité (R4312-38 et R4312-39 du CSP).	A LEVER car mesure mise en place	Dont acte la finalisation des IDE le concernant à terme la gestion dont le contrôle au stock des médicaments dans le plumeau.
45	C	13.2	Remarque 17 : Les étiquettes d'identification d'un couple résident dans deux chambres voisines mentionnent uniquement le nom et prénom sur le tiroir et le nom marital de madame sur le plumeau.	R13.2	Recommandation 17 : L'étiquetage des équipements de stockage des médicaments doit être conforme (couleur, nom de famille, date de naissance) en cas d'homonymie.	à réception	A LEVER car mesure mise en place	Dont acte l'étiquetage des plumeaux présentant une homonymie. A étendre aux casiers de stockage des médicaments dans le plumeau.		
47	C	13.2	Remarque 18 : Les casiers nominatifs étant pour certains résidents trop petits, des médicaments (ex : atorvastatine) sont rangés dans une tour de rangement en plastique placée dans un recoin de l'infirmerie.	R13.2	Recommandation 18 : Adapter les casiers de rangement au volume de médicament ou inversement en dispensant les médicaments sur une période plus courte que 28 jours.	à réception	Attendre éléments probants à l'échelle du 2 mars 2023 (photo : casier de rangement des médicaments dans le plumeau avec étiquette spécifique pour l'usage des médicaments)	Bien noté la réorganisation du stock entre la pharmacie et l'infirmerie de l'EHPAD le 2 mars 2023.	depuis le déploiement de la PDA le stockage a été réorganisé et adapté	
48	C	13.3	Remarque 19 : Les médicaments en surstock correspondant aux FQ ou modifications de traitement prescrits au moment d'un examen de commandes supérieures à la vérification du stock ne sont pas régulièrement contrôlés. Ainsi il a été retrouvé jusqu'à une trentaine de boîtes de Fungizone suspension buvable dont la durée de conservation est de 2 ans.	R13.3	Recommandation 19 : Les médicaments fournis par les pharmacies de ville sous convention sont sous la responsabilité et donc la gestion de l'équipe soignante (IDE, IDEEC et Médecin coordonnateur) qui ne peut être déléguée. Un contrôle quantitatif des médicaments non consommés avant commande est à instaurer pour qu'ils ne soient pas délivrés lors du renouvellement des prescriptions.	à réception	Recommandation mise en place	La vérification des médicaments encore présents dans le casier du résident y compris les médicaments multidoses hors plumeau pour ne pas recommander un médicament lors du renouvellement est à mettre en place sans attendre. Encore une fois la gestion des médicaments et DM "intramuros" n'est pas du ressort de la pharmacie.	la mise en place de permet une gestion optimale des stock	
49	C	13.4	Ecart 7 : Deux bouteilles d'O2 appartenant à la trousse d'urgence, montées sur chariot de transport, sont stockées non armées dans une pièce voisine de l'infirmerie à distance de la trousse d'urgence.	R13.4	Prescription 7 : Même montées sur un chariot de transport, le risque de chute persiste. Les bouteilles d'O2 doivent être rangées de manière à prévenir tout risque de chute et de préférence à proximité de la trousse d'urgence. (RCP associé à l'AMM).	à réception	A LEVER car mesure mise en place	Dont acte l'armage des bouteilles d'oxygène médical.		
50	C	13.6	Remarque 20 : Un même médicament multidosé prescrit à plusieurs résidents est utilisé pour la préparation en série des doses en gélules nominatives (pas d'attribution au nom du résident). Dans un chariot à tiroirs et dans l'armoire à pharmacie, présence de flacons de médicament multidosé dépourvus de nom du patient et d'étiquette d'identification au droit de l'ouverture.	R13.6	Recommandation 20 : Les médicaments multidosés prescrits à un patient sont individuels et doivent porter la mention du nom complet et de la date d'ouverture sinon de la date limite d'utilisation après ouverture. Il est souligné que le reliquat de produit permet de suivre le respect de la posologie.	à réception	A LEVER car mesure mise en place	Dont acte la formation du personnel soignant et l'évaluation par l'IDEC.		
51	C	13.6	Remarque 21 : Des pipettes doseuses de divers médicaments sont rangées dans un baricot et non associées aux médicaments rangés dans le chariot à tiroir (risque de confusion).	R13.6	Recommandation 21 : Conserver la pipette ou seringue doseuse avec le médicament multidosé qu'il lui est associé.	à réception	A LEVER car mesure mise en place	Dont acte la mesure corrective instaurée.		

RAPPORT DEFINITIF-RECAPITULATIF DES ECARTS ET REMARQUES - EHPAD "résidence d'Or" Montmorillon - Inspection 20 octobre 2022

ordre numéro	Partie	E/R	LIBELLE de l'écart ou de la remarque	INJONCTION / PRESCRIPTION / RECOMMANDATIONS	DELAI à réception du rapport définitif	Avis ARS 30-01-23	Commentaires de l'ARS	réponse mars 2023	réponse juin 2023 et août 2023
52	Information stockage PECM	C, 13.8	Remarque 22 : Deux réfrigérateurs de type ménager format table top sont installés à l'infirmerie. Des médicaments sont rangés dans la porte et dans le bac à légume du réfrigérateur or ces zones de rangement ne sont pas régulièrement entretenues.	R13.8 Recommandation 22 : Ce type d'équipement n'est pas adapté pour le volume de stockage des médicaments thermosensibles nécessitant un équipement mieux isolé et plus performant quant à la régulation en température.	3 mois	A LEVER car mesure mise en place	Dont acte l'acquisition d'un réfrigérateur sécurisé		
53	Information stockage PECM	C, 13.8	Remarque 23 : Un entretien mensuel des réfrigérateurs est effectué et enregistré. Toutefois il est constaté l'absence d'enregistrement pour les mois d'avril, juin, août et septembre.	R13.8 Recommandation 23 : L'entretien régulier du réfrigérateur participe au bon fonctionnement de celui-ci (dégivrage) et à la sécurité au regard du risque infectieux (médicaments injectables)	à réception	A LEVER car mesure mise en place	Dont acte le renouvellement des consignes.		
54	Information stockage PECM	C, 13.9	Ecart 6 : Produits de livraison et de réceptions des médicaments définies mais non appliquées.	R13.9 Prescription 8 : Prescription 6 révisée. Les procédures de livraison, réception, rangement, contrôle des médicaments des résidents à réviser avec la réunion de la FDA à l'infirmerie.	3 mois	A LEVER car mesure mise en place	Dont acte la formation des IDE le 09/03/23 considérant que celle-ci concernera à terme la gestion dont le contrôle du stock des médicaments leur pluriel		
55	Information stockage PECM	C, 14.3	Remarque 24 : Le sac d'urgence est peu pratique (ouverture partielle, peu de poches de rangement, produits entassés, solides injectables en fond de sac impliquant de vider le sac pour y accéder. En raison de sa conception, le sac ne peut pas être ouvert sans le vider.	R14.3 Recommandation 24 : Acquiescer un modèle de sac d'urgence plus fonctionnel à ouverture intégrale et avec séparation comportant des poches de rangement individuelles.	à réception	A LEVER car mesure mise en place	Dont acte l'acquisition d'un nouveau sac d'urgence plus fonctionnel.		
56	Information stockage PECM	C, 14.3	Remarque 25 : Selon le document d'Enregistrement GEMU 002 version 015 de Mars 2022, un pousse seringue n'est plus à l'inventaire de la trousse d'urgence mais cet équipement est posé au sol de l'infirmerie sans protection et sans son cordon d'alimentation	R14.3 Recommandation 25 : Vous voudrez bien remettre le pousse- seringue qui n'est plus contrôlé.	à réception	A LEVER car mesure mise en place	Dont acte la remise du pousse- seringue		