



**Le directeur général**

**Le président du conseil départemental**

Réf : 2024-D3SE-SDIC-NS  
Mission n° 2024-00527



Lille, le - 3 DEC. 2024

**Lettre recommandée avec accusé de réception**

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection/contrôle pour l'année 2024, l'établissement visé en objet a fait l'objet d'une inspection inopinée en application des articles L. 313-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles et L. 1431-2 du code de santé publique afin de s'assurer de la qualité de la prise en charge des résidents et de la capacité de l'établissement à prévenir les situations de maltraitance, à gérer les réclamations et les événements indésirables de la sécurité et de la qualité de la prise en charge médicamenteuse des résidents.

Cette inspection a été réalisée le mardi 04 juin 2024.

Le rapport d'inspection ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés par courrier en date du 09 octobre 2024.

En l'absence de réponse de votre part, la procédure contradictoire est donc désormais close. En conséquence, vous trouverez, dans le tableau joint en annexe, la liste des mesures correctives que nous vous demandons de mettre en œuvre dans les délais indiqués, qui courent à compter de la réception de la présente.

Monsieur François VIC  
Président de l'association Natalie Doignies  
EHPAD Les Buissonnets  
130 rue de la louvière  
59800 LILLE

Le contrôle de leur mise en œuvre sera assuré, à l'agence régionale de santé, par le pôle de proximité territorial du Nord de la direction de l'offre médico-sociale, en charge du suivi de votre établissement. Ainsi, vous voudrez bien lui transmettre, dans le respect des échéances fixées, le tableau des mesures correctives complété par les délais de mise en œuvre effective des actions prévues ainsi que les documents demandés dans le respect des délais fixés.

Nous vous informons que votre établissement peut être inscrit en commission des suites d'inspection, que le directeur général de l'agence régionale de santé préside.

La présente décision peut faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le président, l'assurance de nos considérations distinguées.

Pour le président du conseil départemental  
et par délégation,  
le directeur de l'autonomie

  
Pour le Directeur général  
de l'ARS Hauts-de-France  
et par délégation  
Le Directeur général adjoint  
Jean-Christophe CANLER

  
Pierre LOYER

Pièces jointes :

- le tableau listant les mesures correctives.

**Mesures correctives**  
**Inspection du 04 juin 2024 de l'EHPAD « Les Buissonnets » à Lille.**

| Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité) |   | Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/<br>Recommandations (R)<br>Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques                  | Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire |
|---|---|--|---|
| E1  | <b><u>Ecart n°1</u> : En ne disposant pas d'un registre des entrées et des sorties coté - paraphé par la maire, l'établissement contrevient avec les dispositions de l'article R331-5 du CASF.</b>  | <b><u>Prescription n°1</u> : Disposer d'un registre des entrées et des sorties côté - paraphé par le maire.</b>                                      | 6 mois  |
| E2  | <b><u>Ecart n°2</u> : La surreprésentation des membres de l'établissement au sein des CVS ne permet pas de garantir les dispositions de l'article D311-5 du CASF citées ci-dessus.</b>  | <b><u>Prescription n°2</u> : Revoir les compositions des CV afin qu'elles répondent aux dispositions réglementaires.</b>                             | 6 mois  |
| E3  | <b><u>Ecart n°3</u> : L'absence de mention du conseil départemental au même titre que l'ARS en cas d'EIG ne répond pas aux dispositions de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales. Aussi, l'absence de mention des modalités de signalement à l'ARS ne permet pas de rendre conforme la procédure de gestion et de suivi des EI.</b> | <b><u>Prescription n°3</u> : Mettre à jour la procédure relative aux EI/EIG.</b>   | 3 mois  |
| E4  | <b><u>Ecart n°4</u> : En ne s'assurant pas de la compatibilité de ses professionnels avec les fonctions exercées auprès de personnes vulnérables, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article L133-6 du CASF.</b>   | <b><u>Prescription n°4</u> : S'assurer de la compatibilité de tous les professionnels avec les missions exercées.</b>                                | 3 mois  |
| E5  | <b><u>Ecart n°5</u> : Des agents non qualifiés, tels que les ASH réalisent des toilettes de nursing, ce qui correspond à des</b>  | <b><u>Prescription n°5</u> : Entreprendre les démarches pour mettre fin aux glissements de tâches et transmettre un échéancier / Délai immédiat.</b> | 3 mois  |

| Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité) |  | Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/<br>Recommandations (R)<br>Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques                   | Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire |
|---|--|---|---|
|   | <b>situations de glissement de tâches. Cette organisation est contraire aux dispositions de l'article L4391-1 du CSP et l'arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant et portant diverses dispositions et au décret n° 2021-1133 du 30 août 2021 relatif au diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social.</b> |   |   |
| E6  | <b><u>Ecart n°6</u> : En ne permettant pas aux résidents de disposer de moyens de communication dans les chambres et les espaces communs de l'établissements ne répond pas aux dispositions du décret du 28 avril 2022 .</b>   | <b><u>Prescription n°6</u> : Permettre aux résident de disposer de moyen de communication dans les chambres et espaces communs (à titre gratuit).</b> | 6 mois  |
| E7  | <b><u>Ecart n°7</u> : En ne sécurisant pas ses locaux et en laissant des produits d'entretien à disposition des résidents du secteur classique et de l'UVA (notamment la cuisine) et en ne s'assurant pas que les locaux de stockage soient sécurisés, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3-1° du CASF.</b>                        | <b><u>Prescription n°7</u> : Sécuriser les cuisines et les locaux de toute la structure.</b>  | Immédiat  |
| E8  | <b><u>Ecart n°8</u> : L'absence de réponse rapide aux appels malades engendre un risque pour la qualité de la prise en charge et la sécurité des résidents, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF.</b>  | <b><u>Prescription n°8</u> : Mettre en place un suivi des délais de réponse aux appels malades. Sensibiliser les professionnels à cet égard.</b>      | Immédiat  |

| Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité) |  | Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/<br>Recommandations (R)<br>Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques   | Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire |
|---|--|---|---|
| E9  | <b><u>Ecart n°9</u> : Le protocole douleur autorise les IDE à administrer du paracétamol à hauteur de 1 gramme toutes les six heures, en l'absence de prescription médicale datée et signée par un médecin. Cette organisation est contraire aux dispositions de l'article R.4311-9 du code de la santé publique.</b>  | <b><u>Prescription n°9</u> : Régulariser le protocole douleur afin qu'il soit conforme aux dispositions réglementaires.</b>   | 3 mois  |
| E10   | <b><u>Ecart n°10</u> : Les disposition de l'article D312-156 ne sont pas respectés, selon lesquelles, "-un équivalent temps plein de 0,60 pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 60 et 99 places ; un équivalent temps plein de 0,80 pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 100 et 199 places".</b>                          | <b><u>Prescription n°10</u> : Augmenter le temps de présence du médecin coordonnateur afin de répondre aux obligations réglementaires.</b>  | 6 mois  |
| E11   | <b><u>Ecart n°11</u> : La mission constate l'absence de convention entre l'EHPAD et le nouveau pharmacien titulaire de la pharmacie ne répondant ainsi pas aux dispositions de l'article L. 5126-10 du code de la santé publique. L'établissement ne dispose pas d'un pharmacien référent, qui concours à la bonne gestion et au bon usage des médicaments destinés aux résidents.</b> | <b><u>Prescription n°11</u> : Mettre en place une convention avec le nouveau pharmacien et définir ses missions en tant que pharmacien référent.<br/>Désigner une personne en charge de la sécurisation de la PECM.</b> | 3 mois  |
| R13   | <b><u>Remarque n°13</u> : Selon les entretiens, il n'existe pas de personne désignée pour</b>  |   |   |

| Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité) |  | Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/<br>Recommandations (R)<br>Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques   | Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire |
|---|--|---|---|
|   | <b>la prise en charge de la sécurisation de la PECM.</b>   |   |   |
| E12   | <b><u>Ecart n°12</u>: Tous les EIGS ne sont pas signalés aux autorités de tutelle, ce qui est contraire aux dispositions des R 1413-67 à R 1413-73 et D 1413-58 du code de la santé publique.</b>  | <b><u>Prescription n°12</u>: Mettre en place une organisation garantissant le signalement de tous les EIGS.</b>   | 3 mois  |
| E13   | <b><u>Ecart n°13</u> : A l'analyse des prescriptions, la mission constate que les dispositions de l'article R5132-3 du code de la santé publique ne sont pas respectées, celles-ci ne comportant pas systématiquement l'ensemble des mentions réglementaires, sur la taille et le poids lorsque celles-ci sont nécessaires.</b>                                  | <b><u>Prescription n°13</u> : Respecter les dispositions de l'article R.5132-3 du code de la santé publique concernant les mentions réglementaires sur la prescription médicale, en vue d'administrer le bon médicament au bon patient à la bonne posologie, selon la bonne voie d'administration et au bon moment.</b> | Immédiat  |
| E14   | <b><u>Ecart n°14</u> : Selon les entretiens, il n'existe pas de protocoles de soins de collaboration entre les IDE et les AS/AES formalisés individualisés dans le cadre de l'aide à la prise de médicaments, contrevient avec les dispositions des articles R 4314-4 du code de la santé publique et L 313 -26 du code de l'action sociale et des familles.</b> | <b><u>Prescription n°14</u>: Elaborer un protocole de collaboration entre IDE et AS/AES.</b>  | 3 mois  |

| Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité) |   | Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/<br>Recommandations (R)<br>Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques  | Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire |
|---|---|--|---|
| E15   | <b><u>Ecart n°15</u></b> : La présence, au sein de l'UVA de médicaments issus de rouleau (préparés par l'officine), rangés avec les ustensiles de cuisine dans un placard pouvant être fermé à clef ne permet pas de garantir la sécurité du circuit du médicament à savoir la traçabilité en temps réel de l'administration (Articles R.4312-38, R.4312-399 et R.4311- 5 du CASF).   | <b><u>Prescription n°15</u></b> : Garantir le circuit du médicament, notamment en UVA (traçabilité en temps réel, absence de médicament rangés avec les ustensiles de cuisine. | Immédiat  |
| E16   | <b><u>Ecart n°16</u></b> : L'administration sans la vérification de la concordance entre les médicaments prescrits et les médicaments administrés, est contraire aux dispositions de l'article R. 4312-38 du code de la santé publique.   | <b><u>Prescription n°16</u></b> : Mettre en place une organisation garantissant la vérification de la concordance entre médicament administré et médicament prescrit.          | 3 mois  |
| E17   | <b><u>Ecart n°17</u></b> : L'absence de traçabilité de l'administration de même que de la non administration et de son motif en temps réel ne sécurise pas l'administration. De plus, la procédure sur le circuit du médicament, réactualisée à la date du 19 février 2024 ne mentionne pas la traçabilité à faire en temps réel et pour l'IDE au médicament ce qui peut engendrer un risque pour la sécurité du résident ce qui est contraire aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF. | <b><u>Prescription n°17</u></b> : Mettre en place une organisation permettant la traçabilité de l'administration/ non administration des médicaments.                          | 3 mois  |



| Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité) |   | Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/<br>Recommandations (R)<br>Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques   | Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire |
|---|---|---|---|
| E18   | <b><u>Ecart n°18</u> : La désorganisation des médicaments est contraire aux dispositions de l'article R.4312-37 du code de la santé publique « L'infirmier respecte et fait respecter les règles d'hygiène, dans sa personne, dans l'administration des soins, dans l'utilisation des matériels et dans la tenue des locaux professionnels ».</b> | <b><u>Prescription n°18</u></b> : Revoir le rangement des médicaments ; disposer d'une zone de préparation adaptée au broyage ; revoir les stocks.  | 3 mois  |
| E19   | <b><u>Ecart n°19</u> : Tous les médicaments ne font pas l'objet d'un contrôle de dates de péremption régulier, détaillé par produit et tracé. Cette organisation est contraire aux dispositions de l'article R4312-38 du code de la santé publique.</b>   | <b><u>Prescription n°19</u></b> : Mettre en place une organisation présentant un contrôle des dates de péremption régulier (daté et tracé) (registre mentionné dans la procédure). Retirer des stocks tous les médicaments périmés (cf. rapport). | 3 mois  |
| R26   | <b><u>Remarque n°26</u> : L'absence de tenue du registre relatif aux périmés ne rend pas effectif les actions qu'encadre la procédure de circuit du médicament.</b>   |   |   |
| E20   | <b><u>Ecart n°20</u> : L'absence de sécurisation des bouteilles d'oxygène peut engendrer un risque pour la sécurité des résidents ce qui est contraire aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF.</b>   | <b><u>Prescription n°20</u></b> : Sécuriser les bouteilles à oxygène .  | Immédiat  |
| E21   | <b><u>Ecart n°21</u> : L'établissement ne dispose pas d'une dotation de soins urgents datée et signée portant notamment sur la</b>  | <b><u>Prescription n°21</u></b> : Mettre en place une dotation de soins urgents datée et signée. Mettre à jour la check liste.  | 3 mois  |



| Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité) |   | Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/<br>Recommandations (R)<br>Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques  | Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire |
|---|---|--|---|
|   | disponibilité de produits classés stupéfiants, ce qui contraire aux dispositions de l'article R.5126-108 du code de la santé publique. La mission constate l'absence de formalisation de la dotation pour soins urgents, avec l'identification de la personne qui gère cette dotation et précisant les modalités de stockage et de gestion. La mission constate une fiche de Check List de la trousse d'urgence, sans mention de l'année de la date de vérification et sans identification du vérificateur. |  |   |
| R1  | <b>Remarque n°1</b> : La présence de résidents non mobiles au sein de l'UVA accentue la charge de travail des professionnels et ne répond pas à la vocation d'une unité fermée.   | <b>Recommandation n°1</b> : Revoir les critères d'éligibilité à l'entrée en UVA / les critères de sortie + veiller à adapter les besoins des résidents accueillis au regard de ces critères. | 3 mois  |
| R2  | <b>Remarque n°2</b> : L'absence de mise à jour du protocole de lutte contre la maltraitance ne permet pas de garantir l'efficacité de ce dernier (ex : personnes référentes et composants la cellule de crise).   | <b>Recommandation n°2</b> : Mettre à jour le protocole de lutte contre la maltraitance   | 6 mois  |
| R3  | <b>Remarque n°3</b> : L'absence d'identifiant pour chaque professionnel de la structure ne permet pas un accès pour tous aux protocoles ni aux dispositifs de signalement des EI.   | <b>Recommandation n°3</b> : Mettre en place un identifiant pour chaque professionnel de la structure.  | 6 mois  |

| Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité) |  | Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/<br>Recommandations (R)<br>Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques                                      | Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire |
|---|--|--|---|
| R4  | <b>Remarque n°4 : L'absence de mise à jour quotidienne du tableau des présents ne rend pas efficient sa fonction.</b>  | <b>Recommandation n°4 : S'assurer de la mise à jour quotidienne du tableau des présents.</b>   | Immédiat  |
| R5  | <b>Remarque n°5 : En ne fournissant pas au personnel hôtelier les bonnes températures pour la conservation des aliments (à savoir entre 0 et 4°C) et en ne leur fournissant pas une conduite à tenir en cas de dépassement de ces températures, l'établissement n'applique pas les recommandations de bonnes pratiques du CClin Arlin (Maîtrise du risque infectieux en établissement médico-social/ Restauration/ « Hygiène en restauration » - 2015)</b> | <b>Recommandation n°5 : Mettre en place une organisation permettant le relevé de températures et les conduites à tenir pour tous les réfrigérateurs de la structure.</b> | Immédiat  |
| R6  | <b>Remarque n°6 : En l'absence de document spécifique/ ou de mention précisant une commission de restauration mixte, il n'existe pas de commissions des menus en présence d'une diététicienne au sein de l'EHPAD Les Buissonnets.</b>  | <b>Recommandation n°6 : Mettre en place une commission des menus en présence d'une diététicienne.</b>  | 6 mois  |
| R7  | <b>Remarque n°7 : En laissant affichées au sein des locaux des listes non utilisées, non à jour de texture/ régime spécifique, l'établissement ne garantit pas la qualité de la prise en charge des résidents.</b>   | <b>Recommandation n°7 : Enlever l'affichage non à jour dans la cuisine .</b>   | Immédiat  |

| Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité) |   | Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/<br>Recommandations (R)<br>Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques  | Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire |
|---|---|--|---|
| R8  | <b>Remarque n°8</b> : En l'absence d'un jardin thérapeutique pour les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou des troubles apparentés, l'établissement ne respecte pas les recommandations de la HAS/ANESM Volet 2 p 34 et 37 et « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social, février 2009 », p 21. | <b>Recommandation n°8</b> : Mettre en place un jardin thérapeutique pour les résidents de l'UVA.   | 6 mois  |
| R9  | <b>Remarque n°9</b> : L'absence de formation de tous les professionnels à la prise en charge des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou des troubles apparentés ne permet pas de garantir une prise en charge de qualité.  | <b>Recommandation n°9</b> : Mettre en œuvre une formation spécifique sur le thème de la qualité et de la sécurité de la PECM et sur le thème de la prise en charge de la maladie Alzheimer ou des troubles apparentés. | 6 mois  |
| R15   | <b>Remarque n°15</b> : L'établissement n'a pas prévu de formation spécifique, ni dans le plan de formation 2023, ni dans la synthèse de formation 2024, sur le thème de la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse, ce qui n'est pas conforme avec les recommandations HAS/ANESM « Prise en charge médicamenteuse en EHPAD, juin 2017 ».                      |  |   |
| R10   | <b>Remarque n°10</b> : L'établissement n'a pas mis en place un espace d'échange sur les pratiques professionnelles et les difficultés rencontrées, ce qui ne respecte pas les recommandations de  | <b>Recommandation n°10</b> : Mettre en place un espace d'échange sur les pratiques professionnelles et les difficultés rencontrées.  | 6 mois  |

| Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité) |   | Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/<br>Recommandations (R)<br>Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques   | Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire |
|---|---|---|---|
|   | <b>I'HAS/ANESM « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées, juin 2008, p 20.</b>                              |   |   |
| R11   | <b>Remarque n°11 : L'établissement n'a pas mis à la disposition des professionnels un protocole portant sur la gestion et le suivi régulier des contentions.</b>                | <b>Recommandation n°11 :</b> Mettre en place un protocole relatif à la contention. S'assurer de son appropriation auprès des professionnels.  | 3 mois  |
| R12   | <b>Remarque n°12 :</b> La politique de la qualité et de la sécurité de la PECM n'est pas intégrée au projet d'établissement.  | <b>Recommandation n°12 :</b> Intégrer la politique de la qualité et de la sécurité de la PECM dans le projet d'établissement. Mettre en œuvre le bilan partagé de médication par le pharmacien référent de l'EHPAD en lien avec le médecin coordonnateur et les médecins traitants dans le cadre de la démarche de réévaluation médicamenteuse. | 3 mois  |
| R20   | <b>Remarque n°20 :</b> Le bilan partagé de médication n'est pas mis en œuvre dans le cadre de la démarche de réévaluation médicamenteuse par le pharmacien référent de l'EHPAD. |   | 12 mois   |
| R14   | <b>Remarque n°14:</b> L'établissement n'a pas développé d'échanges avec des instances internes, telles que la commission gériatrique en lien avec la PECM.                      | <b>Recommandation n°13 :</b> Mettre en place des échanges avec les instances internes sur le sujet de la PECM.  | 3 mois  |
| R16   | <b>Remarque n°16 :</b> L'absence d'identité du pilote ainsi que l'échéance des actions ne permet pas de garantir l'efficacité de l'audit réalisé.                               | <b>Recommandation n°14 :</b> Mettre à jour les informations de l'audit réalisé.   | 3 mois  |
| R17   | <b>Remarque n°17 :</b> L'absence de mention d'une part, de la démarche d'analyse et   | <b>Recommandation n°15 :</b> Mettre à jour le protocole en cas d'erreur d'administration médicamenteuse.  | 3 mois  |

| Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité) |  | Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/<br>Recommandations (R)<br>Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques                                     | Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire |
|---|--|---|---|
|   | <b>gestion de risque et d'autre part, du circuit de signalement des erreurs médicamenteuses (portail signalement-sante.gouv.fr, ARS) ne permet pas de garantir la qualité du protocole relatif aux erreurs d'administration médicamenteuse.</b>  |   |   |
| R18   | <b><u>Remarque n°18</u> : La mission constate l'absence systématique de démarche d'analyse spécifique d'évènement indésirable lié aux soins : absence de RETEX structuré et formalisé auprès des professionnels.</b>   | <b><u>Recommandation n°16</u> : Mettre en place une démarche d'analyse des EIGS</b>   | 3 mois  |
| R19   | <b><u>Remarque n°19</u> : L'établissement n'a pas élaboré en lien avec le médecin coordonnateur et le pharmacien d'officine une liste de médicaments à risque.</b>   | <b><u>Recommandation n°17</u> : Mettre en place une liste de médicaments à risque.</b>  | 3 mois  |
| R21   | <b><u>Remarque n°21</u> : Les rajouts et suppressions de médicaments suite à des changements de prescriptions ne sont pas sécurisés. De plus, la procédure sur le circuit du médicament, réactualisée à la date du 19 février 2024 n'est pas explicite sur les modalités d'arrêt ou de modification du traitement, notamment ni sur le professionnel effectuant le retrait du médicament, ni</b> | <b><u>Recommandation n°18</u> : Sécuriser le processus relatif aux rajouts et suppressions de médicaments. Mettre à jour la procédure sur le circuit du médicament.</b> | 3 mois  |

| Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité) |   | Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/<br>Recommandations (R)<br>Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques  | Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire |
|---|---|--|---|
|   | <b>sur la transmission d'informations entre l'EHPAD et la pharmacie d'officine.</b>   |  |   |
| R22   | <b>Remarque n°22</b> : Selon les entretiens, les médicaments livrés sont contrôlés systématiquement par les IDE. La mission a constaté que les médicaments sont préparés dans des rouleaux par la pharmacie d'officine. Les médicaments sont déblistérés, avec risque de frottement.<br>De plus, le numéro de lot de fabrication et la date de péremption des médicaments ne sont pas toujours identifiables. | <b>Recommandation n°19</b> : S'assurer de la validation par la pharmacie d'officine du process de Préparation des Doses à Administrer, dont la traçabilité des numéros de lots et de la vérification des dates de péremption, afin de sécuriser le circuit du médicament en ehpad. | 3 mois  |
| R23   | <b>Remarque n°23</b> : Les bonnes pratiques en matière de broyage des médicaments ne sont pas respectées. De plus, la procédure sur le circuit du médicament, réactualisée à la date du 19 février 2024 ne les mentionne pas (les médicaments ne peuvent pas être broyés tous ensemble en même temps dans le même contenant).   | <b>Recommandation n°20</b> : Ne pas effectuer le broyage des comprimés ensemble et simultanément, dans le même sachet, en vue de respecter les bonnes pratiques de pilage des médicaments et réactualiser la procédure sur le circuit du médicament.                               | 3 mois  |
| R24   | <b>Remarque n°24</b> : La mission constate l'absence de casier individuel nominatif pour des médicaments hors PDA, prescrits nominativement aux résidents. Elle constate également la présence de médicaments prescrits nominativement sans aucune identification du résident.  | <b>Recommandation n°21</b> : Mettre en place un casier individuel nominatif.   | Immédiat  |

| Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité) |  | Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/<br>Recommandations (R)<br>Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques   | Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire |
|---|--|---|---|
| R25   | <b>Remarque n°25 : La mission constate la présence de boîtes de médicaments non identifiés.</b>  | Apposer les mentions d'identification du résident sur les boîtes de médicaments prescrits nominativement.   |   |
| R27   | <b>Remarque n°27 : La transmission des prescriptions à la pharmacie d'officine ne donne pas lieu systématiquement à la vérification des médicaments disponibles. La mention "ne pas délivrer" n'est pas utilisée d'une manière structurée en cas de médicaments disponibles.</b> | <b>Recommandation n°22 :</b> revoir l'organisation des transmissions des prescriptions à la pharmacie afin qu'une vérification systématique soit opérée. Revoir l'organisation afin que la mention « ne pas délivrer » soit davantage structurée.   | 3 mois  |
| R28   | <b>Remarque n°28 : Les médicaments multi doses ouverts ne comportent pas systématiquement la date d'ouverture, la durée d'utilisation et l'identité du résident.</b>   | <b>Recommandation n°23 :</b> Mettre en place une organisation précisant systématiquement la date d'ouverture, la durée d'utilisation et l'identité du résident.<br><br>Identifier le nom du résident sur les flacons multi-doses, prescrits nominativement à des résidents et mentionner la date d'ouverture ainsi que la date limite d'utilisation, et ce de manière systématique, afin de garantir l'efficacité du médicament et la sécurité de son usage dans le respect des conditions d'hygiène. | 3 mois<br><br>Immédiat  |
| R29   | <b>Remarque n°29: Les professionnels ne réalisent pas en lien avec le pharmacien d'officine d'une manière régulière une balance (entrées/sorties) des produits classés stupéfiants.</b>  | <b>Recommandation n° 24:</b> Mettre en place une organisation avec le pharmacien référent de l'ehpad, permettant de réaliser régulièrement la balance des produits classés stupéfiants.   | 3 mois  |
| R30   | <b>Remarque n°30 : Les feuilles du carnet de traçabilité des doses à administrer des</b>   |   | Immédiat  |



[illegible]

| Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité) |  | Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/<br>Recommandations (R)<br>Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques | Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire |
|---|--|---|---|
|   | <b>température journalière du réfrigérateur n'est pas réalisée.</b>  |   |   |
| R34   | <b><u>Remarque n°34</u> : La mission d'inspection constate que le rangement des médicaments dans le réfrigérateur ne permet pas la circulation de l'air. Elle constate également la présence de produits non médicamenteux dans le réfrigérateur (bouteille d'eau, petits pots de confitures).</b> |   |   |