



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

ars
Agence Régionale de Santé
Grand Est

Direction Inspection, Contrôle et Evaluation

Affaire suivie par :
[REDACTED]

Madame Véronique BRAUN
EHPAD BETHESDA
26 rue des Vergers
68100 MULHOUSE

Courriel :
[REDACTED]
[REDACTED]

Nancy, le **29 FEV. 2024**

Objet : Décision administrative, suite à inspection de l'EHPAD BETHESDA à MULHOUSE

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

Madame la Directrice,

J'ai diligenté dans votre établissement, le **19/10/2023**, une inspection portant sur le contrôle et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse des résidents.

Je vous ai transmis le **27/11/2023** 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 **05/02/2024**, 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

La prescription de l'écart n° 3 est levée. Il est néanmoins rappelé que la distribution des médicaments associée à l'aide à la prise est réservée aux IDE, AS et auxiliaires de soins (ou « faisant fonction » dûment formé), dans le cadre d'une collaboration (article R. 4311-4 du CSP).

Les prescriptions des écarts n°1, 2, 4 et 5 sont maintenues jusqu'à mise en place des actions correctives adéquates.

II. Recommandations

La recommandation de la remarque 13 est levée.

Les recommandations des remarques 1 à 12 et 14 sont maintenues jusqu'à mise en place des actions correctives adéquates. Compte tenu des réponses apportées, la remarque 6 est implémentée d'une nouvelle recommandation : s'assurer auprès des AS en PASA que les médicaments à distribuer arrivent suffisamment tôt pour couvrir les moments de repas.

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 Haut Rhin - Service des établissements – Pôle Autonomie** (Cité administrative, Bâtiment J, 3 rue Fleischhauer, 68000 COLMAR).

Par ailleurs, je vous prie noter que les injonctions et 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.

La Directrice Générale
de l'Agence Régionale de Santé Grand Est
et par délégation,
le Directeur

de l'Inspection, Contrôle et Evaluation

Pour la Directrice Générale,
En l'absence du Directeur de l'Inspection,
Contrôle et Evaluation,

La Directrice Adjointe,

Sandrine GUET

Michel MULIC

Copies :

- ARS Grand-Est :
 - o Direction de l'Autonomie
 - o DT68

Annexe 1

Tableau récapitulatif des injonctions, 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	La fréquence de réunions de la CCG, qui est au moins d'une fois par an, n'est pas tenue (article D. 312-158 3° du CASF).	Pre 1	Programmer une réunion de la commission de coordination gériatrique.	3 mois Délai modifié : 10 mois
E.2	Un évènement survenu entre la mi-août et début septembre 2023 concernant l'arrêt du traitement d'une résidente en insuffisance cardiaque - prise orale du midi - n'a pas fait l'objet d'un enregistrement en interne, d'une déclaration et d'une analyse circonstanciée des causes (décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 et arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales).	Pre 2	Enregistrer cet évènement, le déclarer et transmettre après analyse approfondie les éléments de retour d'expérience et le cas échéant un plan d'actions correctrices.	2 mois
E.3	L'analyse d'une erreur médicamenteuse liée à l'inversion de traitements n'a pas été réalisée, alors que cet évènement intervient dans une situation inhabituelle : La distribution des plateaux, contenant les repas et les traitements médicamenteux, est réalisée par les ASL qui n'entrent pas dans le champ de délégation de la distribution des médicaments et qui n'ont pas été spécifiquement formés (article L. 313-26 du CASF).	Pre 3	Réaliser l'analyse de cet évènement, communiquer les éléments de retour d'expérience et le cas échéant les actions mises en place.	Réalisée <i>Il est néanmoins rappelé que la distribution des médicaments associée à l'aide à la prise est réservée aux IDE, AS et auxiliaires de soins (ou « faisant fonction » dûment formé), dans le cadre d'une collaboration (article R. 4311-4 CSP). La sollicitation des ASL non formés est un glissement de tâche.</i>
E.4	Le temps de 0,3 ETP du médecin coordonnateur est toutefois en deçà du temps de présence requis de 0,6 ETP (article D. 312-156 du CASF).	Pre 4	Adapter la quotité de temps du médecin coordonnateur en lien avec la réglementation.	6 mois Délai modifié : 10 mois

E.5	La décision d'écrasement des comprimés ou d'ouverture des gélules aux patients dysphagiques repose sur l'IDE en charge de la distribution, ce qui n'est pas suffisant, la pratique du broyage relevant de la prescription médicale (Article R. 5132-3 2° du CSP).	Pre 5	Sensibiliser les médecins à l'importance d'évaluer la dysphagie de ses patients et en tenir compte dans les prescriptions médicales.	3 mois
------------	---	--------------	--	--------

Recommendations				
Remarque (référence)		Libellé de la recommandation		Délai de mise en œuvre
R.1	Compte tenu du nombre d'agents sous contrats de travail temporaires présents dans l'établissement et en particulier pour les IDE, des évaluations des pratiques personnelles (EPP) pourraient utilement être mises en place afin de s'assurer que les process sont connus, uniformes et maîtrisés de tous.	Rec 1	Dans un contexte d'instabilité des équipes IDE (absence de CDI), renforcer les formations du personnel sur la PECM (ex : les évaluations des pratiques professionnelles).	3 mois
R.2	Il n'y a par exemple pas de fiche d'habilitation au poste pour les nouveaux arrivants.	Rec 2	Dans le même contexte que décrit ci-dessus, mettre en place des démarches d'habilitation au poste des nouveaux arrivants.	3 mois <i>En cours : élaboration d'un document de tâches hebdomadaire et mensuel.</i>
R.3	Il n'a pas été établi de fiche de mission de la référente du circuit du médicament, malgré l'existence de son rôle saillant sur la prise en main de cette organisation.	Rec 3	Rédiger et faire viser la feuille de mission de la référente du circuit du médicament.	2 mois
R.4	La préparation des solutions buvables réalisée la veille de l'administration des traitements et jusqu'à 24 h à l'avance pour les traitements du matin n'a pas fait l'objet d'une analyse préalable justifiant cette organisation.	Rec 4	Evaluer les risques/bénéfices de réaliser les préparations des solutions 24h avant leur administration. Le cas échéant, s'assurer, au regard des RCP (résumé des caractéristiques du produit) ou d'autres documentations, de la stabilité des solutions préparées de manière non extemporanée.	<i>Cette pratique est limitée aux week-ends (une seule IDE)</i> Recommandation maintenue : 1 mois
R.5	Le logiciel OREUS n'affiche pas la photo du résident figurant sur BL Soins, alors que cette donnée permet une sécurisation supplémentaire en terme d'identitogivilance.	Rec 5	Envisager avec les éditeurs de logiciels la mise en place effective des photos des résidents sur OREUS.	3 mois <i>Les données ont été transmises à la pharmacie</i>
R.6	Il n'y a pas eu d'analyse des opérations de distribution permettant de s'assurer, <u>en toute circonstance</u> , que les résidents situés au dernier étage reçoivent bien leur traitement au moment de leur repas et non après.	Rec 6	Analyser l'organisation actuelle et statuer sur le maintien actuel ou la réorganisation des distributions au dernier étage. <u>Nouvelle prescription</u> : s'assurer auprès des AS en PASA que les médicaments à distribuer arrivent suffisamment tôt pour couvrir les moments de repas.	2 mois

R.7	Les refus de prises des traitements sont abordés lors des transmissions orales sans pour autant, dans l'organisation effective, être systématiquement tracées sur le logiciel OREUS, ou le cas échéant BL soins. Cette organisation peut conduire à des informations erronées sur l'outil informatique, voire à une perte d'informations auprès des médecins traitants et du médecin coordonnateur.	Rec 7	Tracer systématiquement sur l'outil informatique les refus de prises au même titre que les administrations effectives.	Immédiat
R.8	Il n'a pas été mise en place de procédure dégradée dans la prescription, la préparation et l'administration des traitements, en cas de panne des logiciels.	Rec 8	Rédiger la procédure en mode dégradée (si panne informatique) du circuit du médicament.	3 mois
R.9	Il n'y a pas d'enregistrement systématique de la réconciliation entre les caisses livrées et celles réceptionnées ainsi que de l'identité du personnel chargé de cette opération.	Rec 9	Réviser les modalités d'enregistrement de la réception des traitements livrés pour améliorer le niveau d'information enregistré (en particulier pour les stupéfiants).	3 mois
R.10	Les codes d'accès du digicode de la salle de soins et de la boîte à clefs des stupéfiants, ne sont pas régulièrement changés, afin de diminuer les risques d'utilisation prolongée des codes et à leur divulgation.	Rec 10	Modifier régulièrement les codes d'accès, en particulier en fonctionnement avec du personnel intérimaire changeant.	1 mois
R.11	La fiche de suivi des vérifications des péremptions indique que ces vérifications ne sont pas systématiquement réalisées chaque mois. Par ailleurs celle-ci manque de clarté quant à la chronologie d'enregistrement des opérations effectuées.	Rec 11	Respecter la fréquence établie dans la procédure du contrôle des périmés. Améliorer l'enregistrement des contrôles réalisés pour une visualisation plus évidente des contrôles réalisés / qui restent à réaliser.	Immédiat 3 mois
R.12	La vérification des péremptions des médicaments présents dans la dotation pour les besoins urgents n'est pas régulièrement effectuée.	Rec 12	Respecter la fréquence établie dans la procédure du contrôle des périmés.	Immédiat
R.13	Il n'y a pas de témoin d'ouverture du sac d'urgence permettant de s'assurer qu'il n'y a pas de sortie non tracée de médicaments.	Rec 13	Poser un témoin d'ouverture.	Réalisé

R.14	Il n'a pas été mis en place de message sécurisé, permettant de tracer systématiquement les échanges entre l'EHPAD et la pharmacie.	Rec 14	Sécuriser les moyens d'échange entre la pharmacie et l'EHPAD de manière à retrouver trace de toutes les correspondances.	<i>En cours de réalisation</i>
-------------	--	---------------	--	--------------------------------