

**Direction Inspection, Contrôle et Evaluation**

Affaire suivie par :

Monsieur le Directeur  
EHPAD « Saint Georges »  
14 Avenue de la promenade  
55210 HANNONVILLE -SOUS-LES-COTES

**Objet : Décision administrative, suite à inspection de l'EHPAD SAINT GEORGES à HANNONVILLE SOUS LES COTES**

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

Monsieur le Directeur,

J'ai diligenté dans votre établissement, le **5 juillet 2024**, une inspection portant sur le contrôle et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse des résidents.

Je vous ai transmis le **26 septembre 2024** le rapport d'inspection et les décisions que j'envisageais de prendre.

Conformément au code des relations entre le public et l'administration, je vous ai demandé de me présenter, dans le délai d'un mois, vos observations sur les mesures correctives envisagées. J'ai réceptionné votre réponse en date du **24/10/2024**, 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. Prescriptions**

Les prescriptions 1 et 4 sont maintenues, les prescriptions 2,3,5 sont levées.

Concernant le projet d'établissement, vous indiquez qu'il sera finalisé en février 2025, dans l'attente, la prescription 1 est maintenue.

Il en est de même pour la prescription 4 (temps de présence du médecin coordonnateur insuffisant).

La prescription 2 est levée : la convention avec un pharmacien référent est signée du 1<sup>er</sup> octobre 2024.

La prescription 3 relative à la présentation des EI en CVS est levée : une présentation du tableau synthétique des EI a été présentée à la séance du 9 avril 2024. Il conviendra de faire de même lors des prochaines séances.

La prescription 5 est levée : deux coffres distincts ont été mis en place, respectivement pour les stupéfiants et autres objets sans lien avec le circuit du médicament.

## **II. Recommandations**

Les recommandations 1 à 4 et 6 sont maintenues, les recommandations 5 et 7 à 11 sont levées :

La recommandation 1 est maintenue dans l'attente des réunions prévues en 2025 relatives à la qualité et gestion documentaire.

La recommandation 2 est maintenue car vous indiquez que la procédure du circuit du médicament est en cours de rédaction.

La recommandation 3 est maintenue dans l'attente du plan de formation 2025.

La recommandation 4 relative à la mise en place de RETEX est maintenue car non encore effective.

La recommandation 5 est levée, elle devient sans objet en raison de votre précision quant à l'ancienne IDEC - initialement prévue d'intervenir sur le CRT- qui reprend son poste.

La recommandation 6 est maintenue car vous indiquez que le protocole sur l'administration médicamenteuse par les AS est en cours. La mission note que l'évolution de l'organisation corrige les absences d'IDE en journée.

La recommandation 7 est levée suite aux travaux d'éclairage réalisés.

Les recommandations 8 à 11 sont levées : la traçabilité de l'administration est à présent réalisée en temps réel, les comptes gouttes sont dissociés par spécialité, le médecin coordonnateur a révisé les répartitions et contenu du sac d'urgence.

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 Télérecours citoyens accessible à partir du site **[www.telerecours.fr](http://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 de la Meuse – Pôle Médico-social ([ars-grandest-DT55-medico-social@ars.sante.fr](mailto:ars-grandest-DT55-medico-social@ars.sante.fr)).**

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, Monsieur le Directeur, l'expression de ma considération distinguée.

Signé électroniquement  
Agence Régionale de Santé GRAND EST  
Pour la directrice générale et par délégation - Le Directeur de  
l'Inspection Contrôle et Evaluation  
Michel MULIC  
Nancy le 29/11/2024



Copies :

- ARS Grand-Est :
  - o Direction de l'Autonomie
  - o DT55

## Annexe 1

**Tableau récapitulatif définitif 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
<b>E.1</b>	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.	<b>Pre 1</b>	Réviser le projet d'établissement caduc en lien avec les différentes catégories de personnel tenant compte des impératifs des articles L. 311-8 et D. 312-60 du CASF et du décret n°2024-166 du 29/02/2024 relatif au projet d'établissement.	6 mois <b>MAINTENUE</b>
<b>E.2</b>	Il n'existe pas de convention signée avec la Pharmacie Martin. La convention signée avec la Pharmacie de la Woèvre n'a pas été actualisée depuis 2016. Il n'y a pas de pharmacien référent désigné. Ceci contrevient aux dispositions de l'article L.5126-10 II du CSP.	<b>Pre 2</b>	Etablir une convention avec la Pharmacie Martin. Actualiser celle existante avec la Pharmacie de la Woèvre en désignant le pharmacien référent.	3 mois  LEVEE
<b>E.3</b>	Le bilan des EI n'est pas présenté au CVS.  Le décret n°2016-1813 du 21 décembre 2016 prévoit que le Conseil de la Vie Sociale soit informé <b>des dysfonctionnements graves et événements prévus à l'article L. 331-8-1 du CASF qui affectent l'organisation ou le fonctionnement de la</b>	<b>Pre 3</b>	Prévoir la présentation des dysfonctionnements et événements indésirables et des mesures correctives en CVS et l'inscription de ce point au compte rendu.	6 mois LEVEE
<b>E.4</b>	Compte-tenu du nombre de résidents, le temps de présence du médecin coordonnateur est réglementairement insuffisant (article D.312-156 du CASF). Un temps de présence à 0,4 ETP est attendu.	<b>Pre 4</b>	Se conformer à la réglementation pour le temps de MEDEC en actionnant les leviers disponibles.	6 mois <b>MAINTENUE</b>
<b>E.5</b>	Le jour de la visite, le coffre à stupéfiants ne contient pas que des médicaments ce qui contrevient à l'article R. 5132-80 du CSP.	<b>Pre 5</b>	S'assurer de ne conserver que les stupéfiants dans le coffre prévu à cet effet.	Immédiat  LEVEE

Recommandations				
Remarque (référence)		Libellé de la recommandation		Délai de mise en œuvre
R.1	L'ensemble de la documentation qualité n'est pas accessible au personnel.	Rec 1	Donner accès à l'ensemble de la documentation qualité à tout le personnel en l'accompagnant sur la prise de connaissance des documents utiles les concernant.	6 mois <b>MAINTENUE</b>
R.2	Il n'existe pas de procédure décrivant l'organisation de l'EHPAD sur le circuit du médicament.	Rec 2	Rédiger la procédure relative au circuit du médicament adaptée à l'EHPAD St Georges utile à tout nouveau personnel en charge de soins.	6 mois <b>MAINTENUE</b>
R.3	Le plan de formation ne comporte pas de formations spécifiques sur le thème de la prise en charge médicamenteuse.	Rec 3	Transmettre le plan de formation 2025 qui devra comporter des formations spécifiques à la prise en charge médicamenteuse	6 mois <b>MAINTENUE</b>
R.4	L'établissement ne procède pas à l'analyse approfondie via la démarche de retour d'expérience.	Rec 4	Organiser des RETEX afin d'éviter que des événements indésirables ne se reproduisent dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.	6 mois <b>MAINTENUE</b>
R.5	L'IDEC depuis mars 2024 ne dispose pas de formation spécifique pour cette fonction.	Rec 5	Evaluer les besoins en formation spécifique pour accompagner l'IDEC dans son poste de coordination.	3 mois
			L'inscrire dans une formation en lien avec les besoins recensés.	6 mois <b>LEVEE</b>
R.6	De nombreuses après-midis ne sont pas couvertes par la présence d'IDE. Ceci engendre des conséquences sur les AS qui doivent davantage assurer l'administration des médicaments. Sur ce point, il n'y a pas de protocole pour sécuriser l'administration par les AS.	Rec 6	Assurer la présence d'IDE sur la journée complète. Formaliser par un protocole pour l'administration médicamenteuse par les AS.	3 mois <b>MAINTENUE</b>
R.7	Pendant les travaux, la pièce de la salle de soins où sont préparés les piluliers est borgne et mal éclairée ce qui ne facilite pas la tâche des IDE.	Rec 7	Veiller à renforcer l'éclairage de la salle provisoire de préparation des piluliers.	1 mois <b>LEVEE</b>

<b>R.8</b>	La traçabilité des administrations a lieu à posteriori au retour en salle de soin.	<b>Rec 8</b>	Prévoir la traçabilité des administrations et non administrations au fil de l'eau pour éviter les oublis d'administration et les pertes d'information.	1 mois  LEVE
<b>R.9</b>	Les compte-gouttes des différentes spécialités sont tous regroupés dans un verre, ce qui est source d'erreur.	<b>Rec 9</b>	Dissocier les compte-gouttes par spécialité.	Immédiat  LEVEE
<b>R.10</b>	La présence de dispositifs, produits de santé, équipements de protection individuelle périmés a été constatée : accu check, gants, gel hydroalcoolique.	<b>Rec 10</b>	Formaliser le suivi des péremptions des dispositifs et produits de santé.	1 mois  LEVEE
<b>R.11</b>	Le sac d'urgence est particulièrement fourni rendant son entretien et le contrôle des péremptions difficile.	<b>Rec 11</b>	Revoir la répartition des dotations « nuit », « soins d'urgence vitale » et « besoins urgents » pour faciliter leur utilisation en cas de besoin et le contrôle des péremptions.	3 mois  LEVEE