



# RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



## **ARS Grand Est** **Direction Inspection, Contrôle et Evaluation**

La Directrice Générale de l'ARS Grand Est  
Le Président du Conseil Départemental de  
la Meuse

A

Madame la Directrice  
EHPAD Saint-Charles  
6 rue du Panorama  
55130 GONDRECORTE LE CHATEAU

**Affaire suivie par :**

**ARS Grand Est**

Département de la Meuse

Nos réf. :

Lettre Recommandée avec AR n°

**Objet : Décision administrative, suite à inspection**

**P. J. :** 1 tableau des écarts et remarques (annexe 1)

Madame la Directrice,

L'EHPAD Saint-Charles situé à Gondrecourt-le-Château a fait l'objet, d'une inspection inopinée, le 06 juin 2023, dans le cadre d'un plan national d'inspection, et de contrôle, des 7500 EHPAD de France, à mener en 2 ans par les ARS en lien avec les départements.

L'objectif était de pouvoir dresser un bilan sur :

- **La gouvernance de l'établissement** : conformité aux conditions de l'autorisation, animation et fonctionnement des instances, gestion de la qualité, gestion des risques, des crises et des événements indésirables... ;
- **Les fonctions supports** : gestion des ressources humaines, bâtiments, espaces extérieurs et équipements, sécurités... ;
- **La prise en charge des résidents** : organisation de la prise en charge, respect des droits des résidents, vie sociale et relationnelle, vie quotidienne et hébergement, soins... ;
- **Les relations de l'établissement avec l'extérieur** : coordination avec les autres acteurs des secteurs social, sanitaire et médico-social, partenariats institutionnels... .

L'enjeu est d'améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents.

Nous vous avons transmis, par courrier en date du 25 juillet 2023, le rapport d'inspection ainsi que les décisions que nous envisagions de prendre.

Suite à votre sollicitation, un délai complémentaire vous a été accordé durant la phase contradictoire. Nous avons ainsi bien réceptionné vos remarques en date du 25 septembre 2023.

Vous trouverez la synthèse de l'ensemble des mesures retenues dans le tableau en annexe.

Nous relevons qu'un certain nombre de mesures correctives ont déjà été mises en œuvre. Nous tenons ainsi à saluer la grande réactivité dont vous, et vos équipes, avez fait part. Cela traduit également la dynamique générale mise en œuvre pour l'ensemble des démarches entreprises au sein de l'établissement, dans la perspective de concourir, et d'améliorer, la prise en charge des résidents et l'organisation du travail des personnels.

**Les prescriptions** 3 et 4 sont levées. Les prescriptions 1 et 2 sont maintenues.

**La prescription 1** sera levée après la transmission des procès-verbaux des trois CVS programmés, au titre de l'année 2023.

**La prescription 2** est maintenue au regard du contexte légal. Cependant, nous tenons à souligner l'implication actuelle du médecin coordonnateur dans ses missions. Ainsi, nous souhaitons que le médecin puisse consolider son engagement et tendre, dans la mesure du possible, aux attendus réglementaires.

**Les recommandations** 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 et 20 sont levées

Les recommandations 12 et 13 sont levées mais, afin qu'elles soient cohérentes, vous veillerez à mettre à jour le protocole « Soins\_PR\_2022-02\_Refrigérateurs.medicaments ». En effet, à la rubrique « Quand ? », nous vous remercions de mentionner que le relevé des températures doit être réalisé quotidiennement.

**La recommandation 4** est pour le moment maintenue. Nous notons favorablement les actions entreprises et nous entendons qu'il faille un certain délai afin d'obtenir l'intervention d'un artisan. C'est pourquoi, vous veillerez à transmettre la facture des travaux exécutés, permettant la levée de la recommandation.

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](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 aux adresses suivantes :

**Agence Régionale de Santé Grand Est**  
Secrétariat de la Direction de l'Inspection, contrôle et Evaluation  
3 boulevard Joffre - CS 80071 - 54036 NANCY CEDEX

**Agence Régionale de Santé Grand Est**  
Délégation Territoriale de la Meuse  
11 Rue Jeanne d'Arc, 55000 BAR-LE-DUC

**Département de la Meuse**  
Pôle Vie Familiale et Sociale - Service Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux  
BP 40 504 - 55012 BAR-LE-DUC Cedex

et sous forme dématérialisée aux adresses mèl indiquées ci-dessus (contacts).

Par ailleurs, nous vous prions de noter que les prescriptions maintenues pourront faire l'objet d'un suivi d'inspection avant d'être considérées comme prises en compte.

Nous vous prions d'agrérer, Madame la Directrice, l'expression de notre considération distinguée.

La Directrice Générale de l'Agence Régionale  
de Santé Grand Est

Signé électroniquement par : Virginie CAYRE  
Date de signature : 16/10/2023  
Qualité : Directrice Générale

Virginie CAYRÉ

Le Président du Conseil départemental  
de la Meuse

  
Jérôme DUMONT

Copie :

ARS Grand-Est :

- Délégation territoriale de la Meuse ;
- Direction de l'Autonomie.

Conseil départemental de la Meuse

### Annexe 1

**Tableau récapitulatif des prescriptions et recommandations,  
en lien avec les constats déclinés en écarts et en remarques.**

<b>Prescriptions (P)</b>			
<b>Ecart (E)</b>	<b>Page du rapport</b>	<b>Libellé de la prescription (P) envisagée</b>	<b>Statut et délai de mise en œuvre</b>
<b>E1</b>  Au regard des comptes rendus transmis le biais ainsi que par l'extrait du rapport d'activité de l'année 2022, le CVS s'est réuni à deux reprises en 2022 (25/04/2022 et 07/12/2022) et non trois, ce qui est contraire aux dispositions de l'article D.311-16 CASF.	9	P1  Appliquer les dispositions de l'article D.311-16 CASF.	Maintien  1 an
<b>E2</b>  A la lecture du document "liste des agents 2023", le médecin coordonnateur est présent sur site à hauteur de 25%, ce qui est contraire aux dispositions de l'article D.312-156 du CASF. En effet, pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 60 et 99 places, il faut un équivalent temps plein de 0,60.	13	P2  Augmenter le temps de présence du médecin coordonnateur et tendre à appliquer les dispositions de l'article D.312-156 du CASF.	Maintien  1 an
<b>E3</b>  Le médecin coordonnateur ne dispose pas qualifications requises conformément à la réglementation, ce qui constitue un écart à l'article D312-157 du CASF.	13	P3  Au départ du médecin coordonnateur actuel et dans le cadre d'un futur recrutement, veiller à vérifier les qualifications, conformément à la réglementation.	Levée
<b>E4</b>  Le coffre à stupéfiants contient des enveloppes d'argent alors que seuls les médicaments stupéfiants doivent y être stockés, ce qui constitue un écart à l'article R.5132-80 du CSP.	20	P4  Veiller à respecter les dispositions de l'article R.5132-80 du CSP et faire en sorte que le coffre à stupéfiants ne contienne que cela.	Levée

Recommendation (Rec)			
Remarque (R)	Page du rapport	Libellé de la recommandation (Rec) envisagée	Statut et délai de mise en œuvre
R1	Il existe un organigramme avec les fonctions et les liens. Cependant, il n'est pas nominatif et il n'est pas daté.	8 Rec1	A côté des fonctions, indiquer les noms et dater le document.
R2	Il n'a pas été transmis à la mission un document mentionnant la continuité de la fonction de directeur.	8 Rec2	transmettre un document qui mentionne la continuité de la fonction de direction ou, à défaut, l'ajouter sur l'organigramme.
R3	Il n'a pas été transmis à la mission un document indiquant l'organisation des astreintes de direction	8 Rec3	transmettre un document qui précise l'organisation des astreintes de direction, ou à défaut, en bâtrer un.
R4	La porte du local DASRI est vétuste. Même lorsque le verrou est enclenché, elle ne ferme plus convenablement.	12 Rec4	Lors de la visite des locaux, la Directrice a fait preuve de réactivité afin de changer ladite porte. De fait, transmettre la facture attestant de la réalisation des travaux.
R5	La mission n'a pas été destinataire des diplômes et formations de [REDACTED]	13 Rec5	Transmettre la copie des diplômes de [REDACTED]
R6	Dans le document "listing agents 2023", il y a quatre IDE. Trois diplômes ont bien été reçus. Il manque celui de [REDACTED]	14 Rec6	Transmettre le diplôme de [REDACTED]
R7	Les diplômes de 23 agents AS ont été transmis. Sauf erreur, il manque les diplômes de [REDACTED]	14 Rec7	Transmettre les diplômes de [REDACTED]
R8	La mission n'a pas été en capacité de mesurer le degré d'information des nouveaux résidents, et de leurs familles, au sujet l'existence du psychothérapeute.	15 Rec8	Indiquer à la mission comment sont prévenus les résidents et leurs familles sur l'existence du psychothérapeute.

<b>R9</b>	Le livret d'accueil destiné aux personnels n'est pas à jour car il indique, en page 21 : "La psychologue assure des entretiens auprès des personnes accueillies et des familles si elles le souhaitent. Elle anime des ateliers cognitifs."	15	<b>Rec9</b>	Mettre à jour le livret d'accueil des personnels concernant le volet psychologie.	Levé
<b>R10</b>	L'affichage apposée sur la porte indiquant l'emplacement des coffres à stupéfiants et de leurs clés ainsi que les étiquettes identifiant les coffres facilitent l'accès à ces produits en cas d'intrusion.	20	<b>Rec10</b>	Veiller à renforcer l'accès aux coffres à stupéfiants.	Levé
<b>R11</b>	Au jour de l'inspection, des dates d'ouverture et de limite d'utilisation étaient manquantes sur les conditionnements d'antiseptiques.	21	<b>Rec11</b>	Veiller à mentionner les dates d'ouverture et de limite d'utilisation sur l'ensemble des conditionnements qui le nécessitent	Levé
<b>R12</b>	Les excursions de température des semaines 2 et 3 n'ont pas fait l'objet d'une déclaration d'événement indésirable. En outre, la conduite à tenir, définie dans la procédure "entretien et contrôle des températures des réfrigérateurs", n'a pas été respectée.	21	<b>Rec12</b>	Veiller à respecter la procédure "entretien et contrôle des températures des réfrigérateurs" et à déclarer des évènements indésirables en cas d'excursion des températures.	Levé
<b>R13</b>	La périodicité des relevés de températures de l'enceinte climatique est insuffisante pour garantir le respect des conditions de conservation des produits thermosensibles entre +2°C et +8°C. Il est à souligner également que la périodicité actuelle n'est pas respectée.	21	<b>Rec13</b>	Faire preuve de vigilance afin de respecter les conditions de conservation des produits thermosensibles entre +2 et +8° ainsi que la périodicité de relevé.	Levé
<b>R14</b>	La convention entre l'EHPAD et l'officine dispensatrice n'a pas été actualisée suite au rachat de la pharmacie le 29 aout 2022.	22	<b>Rec14</b>	Transmettre à l'ARS Grand-Est la convention actualisée avec l'officine dispensatrice actuelle.	Levé
<b>R15</b>	Les erreurs identifiées dans les rouleaux, préparés par l'officine, ne sont pas tracées	22	<b>Rec15</b>	Veiller à tracer les erreurs identifiées dans les rouleaux.	Levé

<b>R16</b>	Un seul identifiant LIVIA est utilisé par l'ensemble des infirmiers intérimaires, ce qui ne permet pas d'assurer une identification précise de la distribution des médicaments lorsque plusieurs infirmiers intérimaires sont présents le même jour.	23	<b>Rec16</b>	Afin d'optimiser la traçabilité de la distribution des médicaments, veiller à ce que chaque IDE intérimaire puisse disposer d'un identifiant LIVIA unique.	Levé
<b>R17</b>	Lors de la distribution des médicaments en salle à manger, il a été vu, le jour de l'inspection, la confirmation par l'infirmier de la prise d'un médicament alors que le résident avait placé la gélule sous le rebord de son assiette.	23	<b>Rec17</b>	Faire preuve de vigilance quant à la réalisation de l'administration des médicaments.	Levé
<b>R18</b>	Sauf erreur, dans l'ensemble des procédures existantes en la matière, il n'a pas été retrouvé la déclaration à réaliser, auprès des tutelles, lors de la déclaration d'un EIG.	27	<b>Rec18</b>	Dans l'ensemble des protocoles relatifs à la déclaration d'EIG, ajouter une partie sur la déclaration à faire auprès des tutelles lorsque cela est nécessaire et attendu.	Levé
<b>R19</b>	L'organisation générale du local plan bleu mériteraient d'être légèrement repensée et améliorée. De surcroît, en matière de suivi des stocks il y a des péremptions, comme 2 SHA relevées par la mission.	29	<b>Rec19</b>	Tenter d'optimiser l'organisation actuelle du local plan bleu en veillant à être vigilant sur le suivi des péremptions.	Levé
<b>R20</b>	Le document Plan Bleu - Gestion de crise et son annexe (V19) indiquent "ARS Lorraine"	29	<b>Rec20</b>	Remplacer "ARS Lorraine" par "ARS Grand Est" sur le plan bleu - gestion de crise et son annexe	Levé