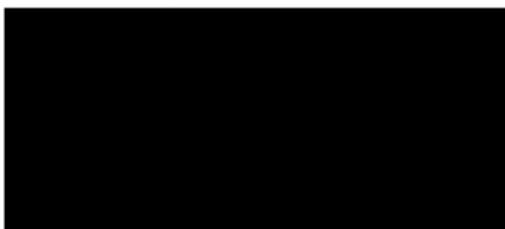


## Direction Générale

Service émetteur :  
Direction Inspection, Contrôle et Evaluation

Monsieur Guillaume FONTANIEU  
Directeur EHPAD du GHAM  
16 rue des Récollets  
51122 SEZANNE



### Objet : Décision administrative, suite à inspection à l'EHPAD du GHAM à SEZANNE

P. J. : 1 tableau des prescriptions et recommandations

Monsieur,

Nous avons diligenté, le 23 mai 2024, une inspection à l'EHPAD du GHAM de SEZANNE, géré par le Centre Hospitalier HOPITAUX CHAMPAGNE SUD.

Nous vous avons transmis le 19 novembre 2024 le rapport d'inspection et les décisions que nous envisagions de prendre.

Conformément au code des relations entre le public et l'administration, nous vous avons demandé de nous présenter, dans le délai d'un mois, vos observations sur les mesures correctives envisagées. Nous avons réceptionné votre réponse en date du 31 janvier 2025.

Après avoir étudié vos observations et pris en compte les actions d'ores et déjà mises en œuvre qui ont permis de lever certaines recommandations, nous vous notifions la présente décision.

### Prescriptions

Les mesures préconisées aux écarts n° 1, 2, 3 et 4 sont **maintenues** :

- **Prescription n° 1** : concernant le projet d'établissement, l'établissement devra fournir :
  - o projet médico-soignant – volet soignant
  - o diaporama de la présentation du projet d'établissement du Groupement Hospitalier Aube Marne
  - o Il n'y a pas de spécificité par établissement prévue dans le projet médico-soignant qui n'est pas un projet d'établissement. Ce document relate les grands principes / valeurs, EHPAD / SSIAD confondus.
- **Prescription n° 2** : évaluation externe prévue fin 2025 à fournir
- **Prescription n° 3** : commission de coordination gériatrique, le CR est à fournir fin du 1<sup>er</sup> trimestre 2025
- **Prescription n° 4** : médecin coordonnateur. Recrutement d'un médecin coordonnateur prévu 1<sup>er</sup> trimestre 2025

Les mesures préconisées aux écarts n°5 et 6 sont **levées**.

## Les remarques majeures

Les mesures préconisées aux remarques majeures n° 1, 2, 4, 5, 6 et 7 sont **maintenues**.

- **Remarque n° 1** : concerne l'accès au dossier information par les médecins. Formation du personnel médical à DW Care prévue 1<sup>er</sup> semestre 2025.
- **Remarque n° 2** : WIFI désormais disponible, matériel nécessaire à l'informatisation livré, paramétrage de DX Care à réaliser et formation du personnel à envisager. 8 sessions de 3H sont prévues
- **Remarque n° 4** : prescription des ordonnances sur papier. Idem RM1.
- **Remarque n° 5** : identité des résidents sur pilulier. Document non fourni.
- **Remarque n° 6** : distribution des médicaments non contrôlée. Le CR de la réunion « sécurisation de la prise en charge médicamenteuse » est très succinct et ne précise pas les refus de prise de traitement sur un seul et même support.
- **Remarque n° 7** : pas de sac ni de chariot d'urgence. Commande d'un sac d'urgence et listing du contenu réalisé par la MEDCO. IMMEDIAT

La remarque majeure n° 3 est **levée**.

## Les remarques

Les mesures préconisées aux remarques n°5, 7, 8, 9, 10, 13, 16, 17, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29 sont **maintenues**.

- La **remarque n° 5** concerne le règlement de fonctionnement à destination des personnels non à jour. Le RF destiné aux personnels fera l'objet d'une refonte en 2025
- La **remarque n° 7** concerne l'absence de CODIR spécifique à l'EHPAD. Pas de réponse de la direction.
- La **remarque n° 8** : pas de nettoyage des vitres. Celui-ci est prévu au printemps 2025.
- **Remarque n° 9** : l'absence d'entretien des espaces extérieurs ne permet l'accès au résident. L'équipe technique a priorisé l'ouverture de l'UVP.
- **Remarque n° 10** : une salle de bain n'est plus en état de recevoir des résidents : La rénovation de la salle de bain a été inscrite au PPI 2025.
- **Remarque n° 13** : problème d'odeurs désagréables dans les différents locaux. Parfums d'ambiance pour éliminer les odeurs mais pas leurs origines.
- **Remarque n° 16** : sécurité des escaliers. Des bandes noires et des affichages devraient être installées. Le coût sera étudié en fonction des éléments budgétaires.
- **Remarque n° 17** : rénovation des chambres. Dossier à l'étude : les conditions budgétaires ne sont pas réunies à ce jour. Projet : dédoublement des places tout en gardant le même capacitaire ; un appui à l'investissement est souhaité pour accompagner cette transformation structurelle.
- **Remarque n° 19** : Pas de rail de transfert dans les chambres. Cf R17
- **Remarque n° 20** : pas de suivi des entrées / sorties des protections. Pas de réponse.
- **Remarque n° 21** : livret d'accueil des personnels date de 2026. A mettre à jour. Pas de réponse.
- **Remarque n° 23** : information médicale sur plusieurs supports. Regrouper les informations sur le dossier médical informatisé
- **Remarque n° 24, 25 et 26** concernent la préparation des médicaments, l'absence de chariot de médicaments adaptés et l'absence de traçabilité des médicaments du stock tampon. Pas de réponse de la direction.
- **Remarque n°27** : carnet à souche commandé par l'économat. Sera revue lors de la mise en place de la PUI.
- **Remarque n° 28** : les documents de traçabilité des contrôles effectués par les IDE ne sont pas transmis. Non traité
- **Remarque n° 29** : le contrôle des températures des réfrigérateurs destinés aux médicaments ne sont pas effectués. Non traité.

Les remarques n° 1, 2, 3, 4, 6, 11, 12, 14, 15, 18, 22, 30, 31 et 32 sont **levées**.

Les recommandations sont maintenues sous réserve de la production des pièces et justificatifs concernant leur mise en œuvre.

Vous trouverez la synthèse de l'ensemble des mesures retenues 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 Télerécours 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 Marne.

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

Le Président du Conseil Départemental  
de la Marne

Signé électroniquement  
Agence Régionale de Santé GRAND EST  
La Directrice Générale,  
Christelle RATIGNIER-CARBONNEIL  
Nancy le 24/03/2025

Dr Christelle RATIGNIER-CARBONNEIL

Jean-Marc ROZE

**Copie :**

**ARS Grand Est : Délégation Territoriale de la Marne**  
**Direction de l'Autonomie**

**Conseil Départemental de l'Aube**

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

	<b>ECART</b>	<b>PRESCRIPTION</b>	<b>REONSES ETABLISSEMENT</b>	<b>DECISION</b>
E1	Absence de projet d'établissement prévu à l'article L. 311-8 du Code de l'action sociale et des familles	Rédiger un projet d'établissement pour l'EHPAD du GHAM de SEZANNE	Documents fournir : -projet médico-soignant – volet soignant -diaporama de la présentation du projet d'établissement du Groupement Hospitalier Aube Marne  Il n'y a pas de spécificité par établissement prévue dans le projet médico-soignant qui n'est pas un projet d'établissement. Ce document relate les grands principes / valeurs, EHPAD / SSIAD confondus.	<b>MAINTENUE 6 mois</b>
E2	Absence de nouvelle évaluation externe depuis 2015 conformément au décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021 et de son décret modificatif n° 2022-695 du 26 avril 2022	Organiser une évaluation externe conformément au texte	Prévue fin année 2025	<b>MAINTENUE Fin 2025</b>
E3	Absence de commission de coordination gériatrique conforme à l'art. <u>D 312-158, 3<sup>e</sup> CASF.</u>	Mettre en place une commission de coordination gériatrique	La CCG sera mise en place au 1 <sup>er</sup> trimestre 2025	<b>MAINTENUE 1<sup>er</sup> trimestre 2025</b>

<b>E4</b>	Le temps de MEDCO n'est pas conforme aux art. D.312-158, D.312-159-1, D.312-156 du CASF	Réajuster le temps d'intervention du MEDCO conformément au texte	Recrutement d'un médecin coordonnateur prévue 1 <sup>er</sup> trimestre 2025	<b>MAINTENUE 1<sup>er</sup> trimestre 2025</b>
<b>E 5</b>	Le médecin ne dispose pas des diplômes requis conformément à l'art. D.312-157 du CASF	Proposer et organiser une formation afin que le médecin bénéficie des diplômes conformément au texte	Convention de Formation Médecin coordonnateur EHPAD signée en septembre 2024	<b>LEVEE</b>
<b>E 6</b>	Les soignants de l'EHPAD du GHAM n'ont pas bénéficié de formation ou rappel de formation AFGSU pour 2023 conformément à l'arrêté du 30 décembre 2014	Vérifier et organiser la formation AFGSU pour les soignants	Plan de formation 2025 fourni, AFGSU	<b>LEVEE</b>

<b>REMARQUE MAJEURE</b>		<b>RECOMMANDATIONS</b>	<b>REPONSES ETABLISSEMENT</b>	<b>DECISION</b>
<b>R1</b>	Les médecins traitants n'ont pas accès au dossier numérique du résident et prescrivent leur ordonnance sur papier.	Donner aux médecins traitants les codes afin qu'ils puissent prescrire directement leur ordonnance dans le logiciel	Formation du personnel médical à DW Care prévue 1 <sup>er</sup> semestre	<b>MAINTENUE 6 mois</b>
<b>R2</b>	Les IDE retranscrivent dans le logiciel dossier patient, l'ordonnance médicale sur papier pour la distribution des médicaments sans vérification médicale de ce qui a été retranscrit contrôle par le médecin de ce qui est écrit.	Cf. Remarque majeure n° 1	WIFI désormais disponible, matériel nécessaire à l'informatisation livré, paramétrage de DX Care à réaliser et formation du personnel à envisager. 8 sessions de 3H.	<b>MAINTENUE 3 mois</b>

<b>R 3</b>	La préparation des doses de médicaments n'est pas sécurisée, dans un endroit adapté, et il n'existe pas de double contrôle même aléatoire.	Revoir l'organisation du contrôle des médicaments	Un CR de réunion « sécurisation de la prise en charge médicamenteuse » daté du 14/01/2025, formalisé, a été fourni. La feuille d'émargement n'étant pas jointe, la composition n'est pas non plus précisée. La réunion a duré 30 mn.  Dans l'argumentaire de G. Fontanieu, il est précisé que l'arrêt de la PUI et le rattachement à la PUI de TROYES aura pour conséquence que la préparation des piluliers aura lieu à TROYES. L'approvisionnement des médicaments n'est pas encore assuré par TROYES. Circuit en cours d'élaboration.	<b>LEVEE</b>
<b>R 4</b>	Les prescriptions sont effectuées par les médecins, sur papier, retranscrites dans les dossiers par les IDE, et recopiées pour la distribution des médicaments sans contrôle médical de ce qui a été retranscrit.	Cf. Remarque majeure n° 1	Cf R1  L'informatisation devrait participer à la résolution du problème.	<b>MAINTENUE</b>
<b>R 5</b>	L'identité des résidents n'est pas sécurisée sur les piluliers	Sécuriser l'identité des résidents sur les piluliers	Non fourni	<b>MAINTENUE 3 mois</b>
<b>R 6</b>	La distribution des médicaments n'est pas réellement contrôlée, tracée à postériori, effectuée parfois par les aides-soignantes qui cochent elles-mêmes la prise ou non des médicaments. Les refus de prise de traitement figurent en plusieurs endroits (dossier de soins, feuille jaune de distribution) et sous différentes formes (O ou R).	Simplifier la distribution des médicaments et revoir l'organisation de la prise en charge médicamenteuse	Le CR de la réunion « sécurisation de la prise en charge médicamenteuse » est très succinct et ne précise pas les refus de prise de traitement sur un seul et même support.	<b>MAINTENUE 3 mois</b>
<b>R 7</b>	Il n'y a pas de chariot d'urgence.	Mettre en place un chariot d'urgence / sac	Commande d'un sac d'urgence et listing du contenu réalisé par la MEDCO.	<b>Immédiat</b>

REMARQUE		RECOMMANDATIONS	REPONSES ETABLISSEMENTS	DECISION
R1	La directrice par intérim ne dispose pas d'une délégation de signature spécifique à la direction de l'établissement	Revoir les délégations de signature pour la directrice	Décision portant délégation de signature pour Mr [REDACTED] datée du 07/01/2025	LEVEE
R2	Absence d'organigramme propre à l'établissement.	Réaliser un organigramme de l'EHPAD seul	Organigramme daté du 28/01/2025	LEVEE
R 3	Absence de document formalisant la continuité de la fonction de direction	Rédiger les documents nécessaires à la continuité de direction	La continuité de la fonction de direction est incluse dans le document portant délégation de signature	LEVEE
R4	Absence de document institutionnel organisant et formalisant les astreintes de direction de l'établissement	Cf. Remarque n° 3	Tableau des gardes administratives 2025 1 <sup>er</sup> semestre	LEVEE
R5	Absence de traçabilité de remise au nouveau personnel du règlement de fonctionnement	Rédiger le document permettant de tracer la remise du document au personnel	Le RF destiné aux personnels fera l'objet d'une refonte en 2025	MAINTENUE 1 <sup>er</sup> semestre 2025
R6	Absence de traçabilité de remise du règlement de fonctionnement à la personne accueillie ou à son représentant légal.	Rédiger le document permettant de tracer la remise du document aux résidents / famille / représentant légal	Document fourni	LEVEE
R7	Il n'existe pas de COPIL / CODIR / Réunion de directions propre à l'établissement	Organiser et formaliser des réunions de direction EHPAD		MAINTENUE 1 <sup>er</sup> semestre 2025
R8	Les vitres du bâtiment n'ont pas été nettoyées depuis longtemps.	Procéder à un nettoyage complet de la structure	Le nettoyage sera commandé au printemps.	MAINTENUE 1 <sup>er</sup> trimestre 2025

<b>R9</b>	Les espaces extérieurs méritent davantage d'entretien afin que les résidents puissent en bénéficier	Organiser l'entretien extérieur de la structure afin que les résidents puissent en bénéficier	L'équipe technique a priorisé l'ouverture de l'UVP.	<b>MAINTENUE 1<sup>er</sup> trimestre 2025</b>
<b>R 10</b>	La salle de bains déclarée hors service est à remettre en fonctionnement et rénovée en l'absence de douche individuelle dans les chambres, ce qui prive les résidents d'accès à une douche quotidienne, voire hebdomadaire pour certains.	Remettre en état la salle de bain mise en hors fonctionnement	La rénovation de la salle de bain a été inscrite au PPI 2025.	<b>MAINTENUE 1<sup>er</sup> semestre 2025</b>
<b>R 11</b>	L'équipe d'inspection note que la cuisine du PASA n'est pas organisée ni sécurisée :  La sécurité des résidents n'est pas respectée, porte non fermée et produits toxiques en évidence Il n'y a pas de contrôle des dates de péremption des produits alimentaires contenus dans le réfrigérateur. Il n'y a pas de thermomètre permettant de surveiller quotidiennement la température du réfrigérateur. La maintenance n'intervient pas rapidement pour réguler la fuite d'eau de l'évier.	Sécuriser le PASA, notamment au niveau de la cuisine et des matériels ou produits utilisés	La sécurisation et l'aménagement du PASA ont fait l'objet d'une réunion le 15 janvier dont le CR nous a été transmis	<b>LEVEE</b>
<b>R 12</b>	L'ensemble des sanitaires publiques mais aussi personnels des résidents sont dans un état déplorable.	Réaliser le nettoyage des toilettes publiques ou procéder à leur remplacement	Les sanitaires ont bénéficié de nettoyage et de renouvellement. Parfum d'ambiance installé.	<b>LEVEE</b>
<b>R 13</b>	Les locaux présentent des odeurs dérangeantes pour les résidents, les personnels et le public des familles.	Supprimer l'origine des odeurs	Parfums d'ambiance pour éliminer les odeurs mais pas leurs origines	<b>MAINTENUE Immédiat</b>

<b>R 14</b>	L'ensemble du bâtiment dispose à plusieurs endroits d'horloges analogiques ou autres types qui n'indiquent pas la bonne heure	Régler les horloges murales des couloirs afin que les résidents puissent se repérer dans le temps	Mises à jour ou retrait	<b>LEVEE</b>
<b>R 15</b>	Les dates des menus affichés en salle de restauration du 1 <sup>er</sup> étage ne correspondent pas à ceux de la semaine en cours.	Mettre à jour l'affichage des menus	Mise à jour réalisée. Sera vu en commission des menus	<b>LEVEE</b>
<b>R 16</b>	La sécurité des escaliers n'est pas effective.	Revoir la sécurité d'accès aux escaliers	Des bandes noires et des affichages devraient être installées. Le coût sera étudié en fonction des éléments budgétaires	<b>MAINTENUE 1<sup>er</sup> semestre</b>
<b>R 17</b>	La rénovation des chambres ne permet pas de bénéficier de chambre individuelle pour chaque résident. Elles ne sont pas équipées de rail de transfert ni de douche individuelle.	Revoir les conditions de rénovation des chambres afin de les rendre le plus confortables possibles et adaptées aux résidents	Dossier à l'étude : les conditions budgétaires ne sont pas réunies à ce jour. Projet : dédoublement des places tout en gardant le même capacitaire ; un appui à l'investissement est souhaité pour accompagner cette transformation structurelle.	<b>MAINTENUE 2025</b>
<b>R 18</b>	Le local DASRI n'est pas formellement identifié sur la porte extérieure.	Revoir la signalétique des locaux à risques	Réalisé.	<b>LEVEE</b>
<b>R 19</b>	Toutes les chambres ne sont pas équipées de rails de transfert.	Equiper le plus possible les chambres de rails de transfert	Cf R17	<b>MAINTENUE 2025</b>
<b>R 20</b>	Le suivi individuel des protections n'est pas mis en place afin de respecter les besoins des personnes	Organiser la traçabilité des protections par résidents	Non traité	<b>MAINTENUE 3 mois</b>
<b>R 21</b>	Le livret d'accueil destiné aux personnels est daté de 2016	Mettre à jour le livret d'accueil des personnels	Non traité	<b>MAINTENUE 3 mois</b>
<b>R 22</b>	Les résidents, ne pouvant effectuer de douche, seuls et en l'absence de matériel dans leurs chambres, ne peuvent bénéficier d'une douche qu'une fois par mois.	Revoir l'organisation des douches afin que les résidents puissent bénéficier d'au moins une douche hebdomadaire	L'établissement prône le respect du choix de la personne quant à son hygiène	<b>Levée</b>

<b>R 23</b>	Les informations médicales ne sont pas centralisées sur un support unique.	Regrouper les informations médicales sur un même support	Informatisation en cours	<b>MAINTENUE 1<sup>er</sup> semestre 2025</b>
<b>R 24</b>	La préparation des médicaments n'est pas réalisée dans un local à part permettant une concentration nécessaire à cette activité.	Revoir l'organisation de la préparation des médicaments	Non indiqué dans l'argumentaire	<b>MAINTENUE Immédiat</b>
<b>R 25</b>	Les chariots ne sont plus adaptés à leur utilisation	Renouveler le matériel de distribution	Non traité	<b>MAINTENUE</b>
<b>R 26</b>	Il n'y a pas de traçabilité du contrôle des dates de péremption du stock tampon.	Mettre en place la traçabilité des médicaments du stock tampon	Non traité	<b>MAINTENUE Immédiat</b>
<b>R 27</b>	Les carnets à souche sont commandés par l'économat et non par la pharmacie du centre hospitalier.	Revoir avec la pharmacie la commande des carnets à souche	Non traité mais sera sans doute revu lors du passage en PUI de TROYES	<b>MAINTENUE 2025</b>
<b>R 28</b>	L'inspection n'a pas eu accès aux feuilles de traçabilité des contrôles effectués par les IDE	Transmettre les documents de traçabilité des contrôles effectués par les IDE	Non traité	<b>MAINTENUE IMMEDIAT</b>
<b>R 29</b>	Le contrôle des températures des réfrigérateurs contenant des médicaments n'est pas systématique journalier.	Mettre à jour le contrôle journalier des températures des réfrigérateurs	Non traité	<b>MAINTENUE IMMEDIAT</b>
<b>R 30</b>	Le cochage de la prise de médicament n'est pas réalisé en temps réel mais à postériori	Réaliser le cochage de la prise de médicament en temps réel	Rappel a été fait lors de la réunion du 14/01/2025	<b>LEVEE</b>
<b>R 31</b>	Les résidents gérant eux-mêmes leurs traitements ne sont pas contrôlés	Mettre en place une supervision de la prise des médicaments des résidents autonomes	Selon G. Fontanieu, il n'y aurait aucun résident gérant ses médicaments lui-même.	<b>LEVEE</b>
<b>R 32</b>	Il n'existe pas de DLU	Mettre en place le DLU	Un point a été fait sur le DLU	<b>LEVEE</b>