

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Missions n° 2024-HDF-00316 ; 2024-HDF-00313 ; 2024-
HDF-00317 et 2024-HDF-00415



Lille, le

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Madame Corinne ROUSSELLE
Directrice
Etablissement Public Médico-Social
de l'Agglomération de Château-Thierry
3 rue de la Mairie
02850 COURTEMONT-VARENNES

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle des Petites Unités de Vie de l'Etablissement Public Médico-Social de l'Agglomération de Château-Thierry à COURTEMONT-VARENNES (02850), BARZY SUR MARNE (02850), CONDE EN BRIE (02330) et MARCHAIS (02350) initié le 16 septembre 2024.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, les Petites Unités de Vie de l'Etablissement Public Médico-Social de l'Agglomération de Château-Thierry situées à COURTEMONT-VARENNES (02850), BARZY SUR MARNE (02850), CONDE EN BRIE (02330) et MARCHAIS (02350) ont fait l'objet d'un contrôle sur pièces en application des articles L. 313-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles (CASF). Ce contrôle a été initié le 16 septembre 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 13 janvier 2025.

Par courrier reçu le 12 février 2025, vous avez présenté vos observations concernant les mesures correctives envisagées.

Au regard des éléments transmis, la mission de contrôle n'a pas apporté de modification au rapport. En conséquence, vous trouverez ci-joint les décisions finales, qui closent la procédure contradictoire.

A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

Le contrôle de leur mise en œuvre sera assuré, à l'ARS, par l'unité de contrôle sur pièces – sous-direction inspection contrôle, de la direction de sécurité sanitaire et santé environnementale. Ainsi, vous voudrez bien transmettre par courriel à ARS-HDF-CP@ars.sante.fr, **dans le respect des échéances fixées**, les documents demandés ainsi que le tableau des décisions finales complété par les délais de mise en œuvre effective des actions prévues.

Les présentes décisions peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification.



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

Pièce jointe :

- le tableau listant les mesures correctives à mettre en œuvre.

Mesures correctives à mettre en œuvre

**Contrôle sur pièces des Petites Unités de Vie de l'Etablissement Public Médico-Social de l'Agglomération de
ChâteauThierry à COURTEMONT VARENNES (02850), BARZY SUR MARNE (02850), CONDE EN BRIE (02330) et
MARCHAIS (02350) initié le 16 septembre 2024.**

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (<i>par ordre de priorité</i>)		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E1	La capacité installée au sein de l'EHPAD n'est pas conforme à la capacité autorisée selon l'arrêté conjoint d'autorisation du 29 juin 2021.	Prescription 1 : Respecter l'arrêté d'autorisation.		12/02/2025
E9	Au jour du contrôle, des tâches spécifiquement relatives à l'exercice de l'activité d'aide-soignant, telles que définies dans le référentiel métier de l'annexe 1 de l'Arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'aide-soignant et portant	Prescription 2 : Indiquer les moyens que la direction de l'établissement entend mobiliser pour remédier aux glissements de tâches et prévoir quotidiennement les effectifs suffisants en nombre et en qualification afin de garantir la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents et le respect de leurs	Dès réception du rapport	

	diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, sont réalisées par des agents de soins ; ces glissements de tâches contreviennent aux dispositions de l'article 1 dudit arrêté selon lesquelles le diplôme d'Etat d'aide-soignant est requis pour exercer une activité d'aide-soignant sous la responsabilité d'un IDE.	rythmes de vie, conformément aux dispositions de l'article L. 3113 du CASF.		
E11	L'insuffisance des effectifs présents par poste horaire de jour, en termes de nombre et de qualification des agents, ne permet pas d'assurer une prise en charge et un accompagnement de qualité, ce qui ne respecte pas les modalités de l'article L. 311-3, 1° du CASF.			
E15	La charge de travail du personnel ne permet pas de respecter les rythmes de vie et d'assurer aux résidents une prise en charge de qualité et sécurisée au sens l'article L. 311-3 du CASF au regard du nombre de toilettes par agent.			
E10	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, de médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D. 312-155-0 du CASF.	Prescription 3 : Indiquer les moyens que la direction de l'établissement entend mobiliser pour remédier à cette situation.	Dès réception du rapport	

E7	En l'absence de vérification à l'embauche du diplôme, l'établissement ne satisfait pas aux dispositions de l'article L. 133-6 du CASF et n'est pas en capacité de vérifier les aptitudes du personnel à exercer auprès de personnes vulnérables.	Prescription 4 : Vérifier de manière exhaustive l'ensemble des diplômes et des extraits de casier judiciaire des professionnels de l'EHPAD, et perpétuer la démarche en effectuant une vérification à intervalle régulier des extraits de casier judiciaire conformément à la réglementation.		12/02/2025
E8	En l'absence de signalement de l'ensemble des événements indésirables survenus aux autorités compétentes, et notamment les événements relatifs à une erreur médicamenteuse, des faits d'agressions verbales, et d'exposition à des produits toxiques, l'établissement contrevient aux dispositions de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.	Prescription 5 : Signaler l'ensemble des événements indésirables aux autorités compétentes conformément aux dispositions de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.	Dès réception du rapport	
E2	En ne réunissant pas le CVS trois fois par an, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article D. 311-16 du CASF.	Prescription 6 : Mettre à jour les outils de loi 2002-2 conformément aux réglementations associées : <ul style="list-style-type: none"> - Réunir le CVS au moins 3 fois par an ; - Réviser le projet d'établissement et y intégrer un projet général de soins ; - Intégrer le plan bleu au projet d'établissement ; - Réviser le règlement de fonctionnement ; - Mettre à jour le contrat de séjour. 	6 mois	
E3	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un projet d'établissement en cours de validité ce qui est contraire à l'article L. 311-8 du CASF.			
E4	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un plan bleu intégré au projet d'établissement, contrairement aux dispositions des articles L. 311-8, D. 312-160, R. 311-38-1 et R. 311-38-2 du CASF.			

E5	En l'absence de certaines mentions réglementaires, le règlement de fonctionnement n'est pas conforme aux articles R. 311-35 et 37, L. 311-5-2 et L. 311-7 du CASF.			
E6	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un livret d'accueil contrairement aux dispositions de l'article L. 311-4 du CASF.			
E12	En ne disposant pas d'un projet général de soins en vigueur, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.			
E14	En l'absence de certaines mentions réglementaires, le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions des articles D. 311-3, L. 311-4 et L. 311-4-1 du CASF.			
E13	Le rapport annuel d'activité médicale n'est pas rédigé contrairement aux dispositions des articles D. 312-158 et D. 312-155-3 du CASF.	Prescription 7 : Etablir un rapport annuel d'activité médicale conforme aux dispositions des articles D. 312-155-3, alinéa 9 et D. 312-158, alinéa 10 du CASF.	3 mois	

R11	Dans le cadre de la démarche d'amélioration de la qualité, les études sur les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade ne sont pas réalisées.	Recommandation 1 : Etudier les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière.	2 mois	
R4	L'établissement ne dispose pas de plan d'actions dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.	Recommandation 2 : Formaliser un plan d'actions dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.	3 mois	
R1	L'établissement ne dispose pas de protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance.	Recommandation 3 : Formaliser un protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance.	2 mois	
R2	L'établissement ne réalise pas de bilan annuel effectif des réclamations et plaintes.	Recommandation 4 : Réaliser le bilan annuel des réclamations et plaintes des usagers.	3 mois	
R6	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'une procédure de signalement des événements indésirables.	Recommandation 5 : Formaliser une procédure de signalement des événements indésirables.	2 mois	
R10	Il n'existe pas de procédure d'élaboration des projets personnalisés formalisée.	Recommandation 6 : Formaliser une procédure d'élaboration des projets personnalisés	2 mois	

R12	Au jour du contrôle, le personnel n'est pas formé aux transmissions ciblées.	Recommandation 7 : Former l'ensemble du personnel aux transmissions.	3 mois	
R7	Les comptes rendus de RETEX ne sont pas formalisés.	Recommandation 8 : Formaliser et mettre en œuvre les comptes rendus de RETEX.	3 mois	
R8	Les PUV ne disposent pas, au jour du contrôle, d'un livret d'accueil du nouvel arrivant.	Recommandation 9 : Etablir un livret d'accueil du nouvel arrivant.	3 mois	
R9	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 10 : Compléter et transmettre la procédure d'admission.	1 mois	
R13	La liste des protocoles relatifs aux prises en charge spécifiques des PUV n'a pas été transmise à la mission de contrôle.	Recommandation 11 : Transmettre à la mission de contrôle la liste des protocoles relatifs aux prises en charge spécifiques des PUV.	1 mois	

R14	En l'absence de feuilles d'émargement identifiant la formation correspondante, la mission de contrôle ne peut garantir l'organisation régulière de formations et de sensibilisations sur les protocoles internes.	Recommandation 12 : Transmettre à la mission de contrôle l'ensemble des feuilles d'émargement relatives à l'organisation régulière de formations et de sensibilisations sur les protocoles internes et identifiant clairement l'intitulé des sensibilisations.	1 mois	
R15	En l'absence de tableau de suivi d'élaboration et de mise à jour des protocoles, la mission de contrôle ne peut garantir l'évaluation périodique des protocoles.	Recommandation 13 : Formaliser un tableau de suivi d'élaboration et de mise à jour des protocoles.	2 mois	
R5	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement et au regard des plans de formation transmis, la mission de contrôle ne peut garantir la sensibilisation du personnel à la déclaration des événements indésirables.	Recommandation 14 : Transmettre à la mission de contrôle l'ensemble des feuilles d'émargement relatives à la sensibilisation du personnel à la déclaration des événements indésirables.	1 mois	
R3	L'établissement n'a pas transmis à la mission de contrôle le dernier bilan des enquêtes de satisfaction.	Recommandation 15 : Transmettre à la mission de contrôle le dernier bilan des enquêtes de satisfaction.	1 mois	