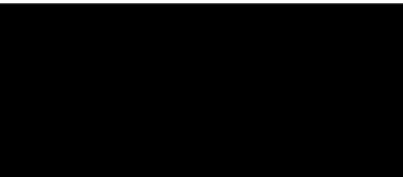


Direction de la sécurité sanitaire et de la santé  
environnementale  
Sous-direction inspection-contrôle  
Mission n°2023-HDF-00403



Lille, le

Le directeur général de l'agence  
régionale de santé

à

Nicolas SALVI  
Directeur  
EHPAD Résidence la Rhônelle  
6 rue Davaine  
59300 VALENCIENNES

**LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION**

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Résidence la Rhônelle situé au 6 rue Davaine à VALENCIENNES (59300) initié le 14 décembre 2023.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Résidence la Rhônelle situé au 6 rue Davaine à VALENCIENNES (59300) a 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 14 décembre 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 22 avril 2024.

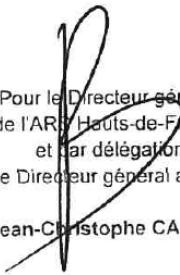
Par courriel reçu le 22 mai 2024, vous avez présenté vos observations concernant les mesures correctives envisagées.

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](mailto: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 de l'EHPAD La Rhônelle à VALENCIENNES (59300) initié le 14 décembre 2023**

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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 déclarée installée au sein de l'EHPAD n'est pas conforme à la capacité autorisée mentionnée sur l'arrêté d'autorisation.	<b>Prescription n°1 :</b> Respecter l'arrêté d'autorisation.	/	22/05/2024

E9	<p>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'Etat d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, sont réalisées par des ASH ; 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.</p>	<p><b>Prescription n°2 :</b> Mettre fin aux glissements de tâches, notamment en formant les 6 personnels faisant fonction AS, afin de garantir la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents conformément aux dispositions de l'article L. 311-3, 1<sup>o</sup> du CASF.</p>	1 mois	
----	---	--	--------	--

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle	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)
---	---	------------------------	---

E19	<p>Au regard de la charge de travail du personnel et dans la mesure où la mission de contrôle n'est pas en mesure de s'assurer que tous les résidents disposent d'un projet d'accompagnement personnalisé, les rythmes de vie des résidents ne sont pas systématiquement respectés contrairement aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.</p>	<p><b>Prescription n°3 :</b>            Prévoir quotidiennement les effectifs suffisants par poste horaire en nombre et en qualification, afin de garantir la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents conformément aux dispositions de l'article L311-3-3° du CASF, et mettre en œuvre la prescription n°4.</p>	1 mois	
-----	--	--	--------	--

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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)
E18	En l'absence de transmission d'un tableau de suivi et de programmation de révision des projets d'accompagnement personnalisé complet, la mission de contrôle ne peut s'assurer que chaque résident dispose d'un projet d'accompagnement personnalisé réévalué périodiquement et à minima une fois par an, conformément aux dispositions de l'article D311 du CASF.	<p><b>Prescription n°4 :</b></p> <p>Transmettre un tableau de suivi et de programmation de révision des projets d'accompagnement personnalisé permettant à la mission de contrôle de s'assurer que chaque résident dispose d'un projet d'accompagnement personnalisé réévalué périodiquement et à minima une fois par an, conformément aux dispositions de l'article D311 du CASF.</p>	1 mois	
E10	Le temps de travail du médecin coordonnateur de l'EHPAD n'est pas conforme aux dispositions de l'article D312-156 du CASF.	<p><b>Prescription n°5 :</b></p> <p>Augmenter le temps de travail du médecin coordonnateur à hauteur de 0,8 ETP conformément aux dispositions de l'article D312-156 du CASF.</p>	/	22/05/2024

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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)
E11	Le médecin coordonnateur réalise des missions de médecin prescripteur au détriment de ses missions de coordination, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	<b>Prescription n°6 :</b> S'assurer que le temps de travail du médecin coordonnateur est dédié à la réalisation de ses missions de coordination conformément à l'article D. 312-156 du CASF.	/	22/05/2024
E12	Le médecin coordonnateur ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un diplôme d'études spécialisées complémentaire de gériatrie, ou d'un diplôme d'études spécialisées de gériatrie, d'une capacité de gériatrie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'EHPAD, contrairement aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF.	<b>Prescription n°7 :</b> Inscrire le médecin coordonnateur dans une formation de manière à satisfaire aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF.	1 mois	

E13	La fiche de poste du médecin coordonnateur ne relate pas l'ensemble des missions mentionnées à l'article D. 312-158 du CASF.	<b>Prescription n°8 :</b> Actualiser, et porter à la connaissance du médecin coordonnateur sa fiche de poste mentionnant les missions inscrites à l'article D312-158 du CASF.	/	22/05/2024
-----	--	--	---	------------

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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)
E8	En n'effectuant pas la vérification de l'extrait de casier judiciaire national à l'embauche, puis à intervalle régulier, pour tous les salariés, 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 des personnels à exercer auprès de personnes vulnérables.	<b>Prescription n°9 :</b> Vérifier de manière exhaustive l'ensemble des extraits de casiers judiciaires des professionnels de l'EHPAD, et perpétuer la démarche en effectuant une vérification à intervalle régulier des extraits de casiers judiciaires conformément à la réglementation.	6 mois	
E2	La composition de la commission de coordination gériatrique n'est pas conforme aux dispositions de l'article 1 de l'arrêté du 5 septembre 2011 relatif à commission de coordination gériatrique mentionnée au 3 <sup>e</sup> de l'article D312-158 du CASF.	<b>Prescription n°10 :</b> Assurer une composition de la commission de coordination gériatrique conforme aux dispositions de l'article 1 de l'arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3 <sup>e</sup> de l'article D312-158 du CASF.	6 mois	

E3	<p>En n'ayant pas adopté le règlement intérieur lors de la première séance du CVS, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D311-19 du CASF.</p>	<p><b>Prescription n°11 :</b> Faire adopter le règlement intérieur du CVS par ses membres conformément aux dispositions de l'article D311-19 du CASF, et y ajouter la mention dans son contenu.</p>	/	22/05/2024
----	---	---	---	------------

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle	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)
---	---	------------------------	---

E17	<p>En n'étant pas suffisamment précis sur les conditions de facturation en cas de décès, l'établissement contrevient aux dispositions du décret n° 2022-734 du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux.</p>	<p><b>Prescription n°12 :</b>  Apporter des précisions sur le contrat de séjour concernant les conditions de facturation en cas de décès, l'établissement ne pouvant facturer au-delà d'un délai de 6 jours suivant le décès conformément au décret n° 2022-734 du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux.</p>	<b>2 mois</b>	
-----	--	--	---------------	--

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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)
E16	Le contrat de séjour n'est pas entièrement conforme aux dispositions de l'article D. 311 du CASF.	<b>Prescription n°13 :</b> Compléter le contrat de séjour en y ajoutant une annexe à caractère indicatif et non contractuel relative aux tarifs généraux et aux conditions de facturation de chaque prestation, et en mentionnant l'obligation pour les professionnels libéraux de conclure un contrat avec l'établissement conformément aux dispositions de l'article D.311 du CASF.	2 mois	
E4	En ne disposant pas, au jour du contrôle, d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.	<b>Prescription n°14 :</b> Réviser le projet d'établissement, en y intégrant un projet de soins, et en y annexant le plan bleu, conformément aux dispositions des articles L311-8, D312-158 et D312-160 du CASF.	7 mois	
E14	En ne disposant pas, au jour du contrôle, d'un projet de soins en cours de validité, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.			

E6	Le plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique n'est pas détaillé dans le projet d'établissement, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-160 du CASF.			
----	---	--	--	--

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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)
E5	Le plan bleu n'est pas révisé annuellement et n'est pas conforme aux attendus de l'instruction interministérielle n°DGS/VSS2/DGCS /SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD.	<b>Prescription n°15 :</b> Réviser au minimum annuellement le plan bleu conformément aux attendus de l'instruction interministérielle n°DGS/VSS2/DGCS /SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD.	7 mois	

E7	<p>En n'ayant pas consulté les instances représentatives du personnel, le règlement de fonctionnement de l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R311-33 du CASF.</p>	<p><b>Prescription n°16 :</b>            Consulter les instances représentatives du personnel dans le cadre de l'élaboration du règlement de fonctionnement conformément aux dispositions de l'article R.311-33 du CASF, et y ajouter la mention dans son contenu.</p>	5 mois	
----	---	--	--------	--

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle	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)
---	---	------------------------	---

E15	En ne disposant pas d'un RAMA, cosigné par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement et soumis à la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312158 10° du CASF.	<p><b>Prescription n°17 :</b> Faire cosigner les RAMA 2022 et 2023 par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement, avant de les présenter à la commission de coordination gériatrique conformément aux dispositions de l'article D. 312-158 alinéa 10 du CASF.</p>	<b>6 mois</b>	
R9	Au jour du contrôle, les résidents ne disposent pas d'un dossier informatisé dans un logiciel dédié.	<p><b>Recommandation n°1 :</b> Mettre en place un dossier informatisé pour chaque résident permettant l'informatisation, la sécurisation et le partage des données et des transmissions.</p>	<b>10 mois</b>	
R13	Au jour du contrôle, les transmissions ne sont pas informatisées.	<p><b>Recommandation n°1 :</b> Mettre en place un dossier informatisé pour chaque résident permettant l'informatisation, la sécurisation et le partage des données et des transmissions.</p>	<b>10 mois</b>	
R11	Dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, l'établissement n'effectue pas, au jour du contrôle, d'étude sur les délais de réponse aux appels malades.	<p><b>Recommandation n°2 :</b> Réaliser des études sur les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que les délais sont corrects.</p>	<b>3 mois</b>	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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)
R2	Le protocole de « signalement de maltraitance d'un professionnel envers un patient – pôle gériatrie » est obsolète et incomplet.	<p><b>Recommandation n°3 :</b></p> <p>Réviser le protocole de « signalement de maltraitance d'un professionnel envers un patient – pôle gériatrie » en y précisant les différentes formes de maltraitance, et les obligations légales en matière de signalement (autorités compétentes et Procureur de la République).</p>	/	22/05/2024

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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)
R3	Les modalités précises de déclaration, de gestion et de traitement des événements indésirables en interne ne sont pas formalisées dans une procédure spécifique.	<b>Recommandation n°4 :</b> Formaliser une procédure de gestion interne des événements indésirables présentant les étapes successives de déclaration, de gestion et de traitement des EI.	<b>3 mois</b>	
R5	L'établissement ne dispose pas d'une procédure complète et formalisée décrivant les modalités de signalement et de déclaration externe des événements indésirables, des événements indésirables graves (EIG) et des événements indésirables graves liés aux soins (EIGS).	<b>Recommandation n°5 :</b> Formaliser une procédure de déclaration externe des événements indésirables, des événements indésirables graves (EIG) et des événements indésirables graves liés aux soins (EIGS).	<b>3 mois</b>	

R4	L'établissement n'organise pas suffisamment de sensibilisations des professionnels à la déclaration et la gestion en interne des événements indésirables.	<b>Recommandation n°6 :</b> Sensibiliser de manière régulière les professionnels à la déclaration et la gestion en interne des événements indésirables, et en assurer la traçabilité.	<b>6 mois</b>	
----	---	--	---------------	--

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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)
R1	Le contenu du livret d'accueil n'est pas à jour.	<b>Recommandation n°7 :</b> Réviser le livret d'accueil afin de s'assurer que son contenu est à jour, notamment en mentionnant la présence de l'UVPHA.	<b>3 mois</b>	
R8	La procédure d'admission d'un nouveau résident est incomplète et manque de formalisme.	<b>Recommandation n°8 :</b> Formaliser une procédure de préadmission et d'admission d'un nouveau résident, en y intégrant l'ensemble des dispositions réglementaires (cf. pages 31 et 32 du rapport de contrôle).	<b>3 mois</b>	

R10	<p>La procédure relative aux modalités d'élaboration des projets d'accompagnement personnalisé est incomplète et manque de formalisme.</p>	<p><b>Recommandation n°9 :</b> Formaliser une procédure relative aux modalités d'élaboration des projets d'accompagnement personnalisé décrivant précisément le processus, le rôle de chaque catégorie professionnelle et l'implication des résidents.</p>	8 mois	
-----	--	--	--------	--

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle	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)
---	---	------------------------	---

R14	<p>L'établissement ne dispose pas de protocoles internes relatifs à la contention, aux troubles du comportement, aux chutes et à la prise en charge de la douleur, au circuit du médicament et aux soins palliatifs.</p>	<p><b>Recommandation n°10 :</b> Formaliser les protocoles relatifs à la contention, aux troubles du comportement, aux chutes et à la prise en charge de la douleur, au circuit du médicament et aux soins palliatifs.</p>	/	22/05/2024
R6	<p>La procédure du « parcours d'intégration des nouveaux professionnels de santé » et le livret d'accueil dédié à l'intégration des nouveaux arrivants sont incomplets.</p>	<p><b>Recommandation n°11 :</b> Formaliser une procédure d'accueil et d'intégration du nouvel arrivant, en précisant les tâches à accomplir par chaque catégorie professionnelle avant et à l'arrivée d'un nouveau salarié, et réviser le livret d'accueil à destination des professionnels en y intégrant les droits et les devoirs du personnel.</p>	4 mois	
<b>Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle</b>		<b>Prescriptions (P) / Recommandations (R)</b>	<b>Délai de mise en œuvre</b>	<b>Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)</b>

R7	Les agents ne bénéficient pas de fiches de fonction par catégorie professionnelle	<p><b>Recommandation n°12 :</b> Formaliser une fiche de fonction pour chaque catégorie professionnelle.</p>	/	22/05/2024
R12	Des feuilles de présence ne sont pas systématiquement signées lors des sensibilisations en interne, ce qui ne permet pas de les valoriser.	<p><b>Recommandation n°13 :</b> Faire signer systématiquement lors des formations et des sensibilisations des feuilles de présence.</p>	3 mois	