

Cabinet de la Directrice générale
Inspection régionale autonomie santé
&
Délégation départementale du Val de Marne

Conseil départemental du Val de Marne

Affaire suivie par :



 LNA Retraite
7, boulevard Auguste PRIOU
44230 VERTOU

Pour ARS DD94



Saint-Denis, le

22 NOV. 2022


Dans le cadre du programme de contrôle des EHPAD diligenté en février 2022 sur l'ensemble du territoire national à la demande de la ministre déléguée auprès du ministre des Solidarités et de la Santé, une inspection a été conduite le 7 mars 2022 au sein de l'EHPAD « Les Vergers de Vincennes » situé 21 Avenue des Murs du Parc à VINCENNES (94300) (N° FINESS : 94 000 385 8).

Cette inspection a été réalisée conjointement par les équipes de l'ARS et du Conseil départemental. Nous vous avons adressé un courrier du 29 juillet 2022 accompagnant le rapport que nous a remis la mission d'inspection et précisant les 9 prescriptions et 4 recommandations que nous envisagions de vous notifier.

Dans le cadre de la procédure contradictoire prévue aux articles L. 121-1 et L. 122-1 du Code des relations entre le public et l'administration, vous nous avez transmis le 30 août 2022 des éléments de réponse détaillés, ce dont nous vous remercions.

Les éléments portant sur les constats faits dans le rapport ont été intégrés en annexe 5 de la **version définitive du rapport** qui vous est jointe.

Vos réponses sur les différentes mesures envisagées, qui ont également été reproduites in extenso dans l'annexe 5 du rapport ont été synthétisées dans le tableau figurant en **annexe** du présent courrier.

L'examen attentif de vos réponses nous conduit à vous notifier à titre définitif les **9 prescriptions et 4 recommandations** telles que formulées en **annexe** du présent courrier.

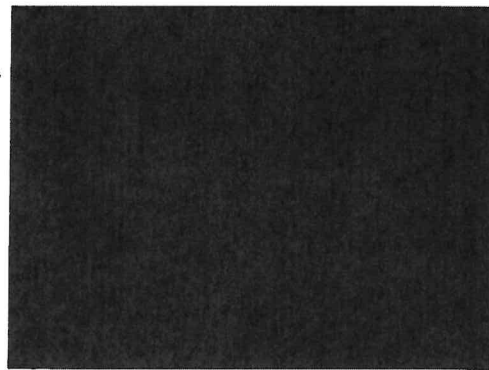
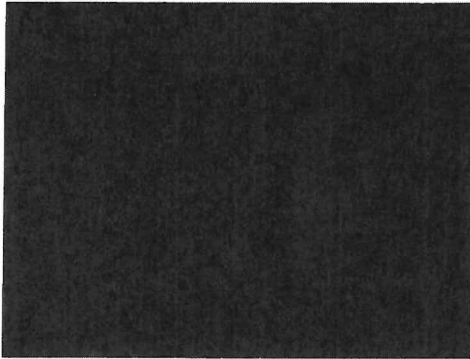
Nous appelons votre attention sur la nécessité de transmettre à la Délégation départementale et au Conseil départemental du Val de Marne les éléments de preuve documentaire permettant d'attester de la mise en place des mesures correctrices et de lever ces décisions de façon définitive.

Un recours contentieux peut être formé devant le tribunal administratif dans les deux mois suivant la réception de la présente notification. Le tribunal administratif peut être saisi par l'application « Télérecours citoyens » accessible par le site <https://citoyens.telerecours.fr>.

Nous vous remercions de bien vouloir adresser la copie de vos éléments de réponse à [REDACTED] et [REDACTED]

Sans réponse de votre part à l'issue de ce délai, nous vous notifierons nos décisions définitives telles que figurant à l'annexe précitée.

Nous vous prions d'agréer, [REDACTED] l'expression de notre considération distinguée.

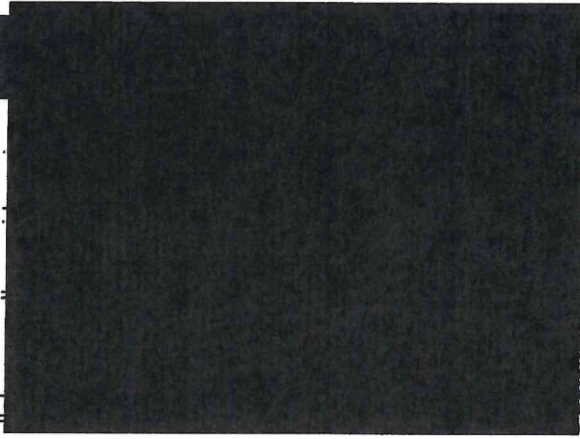


Copie :



EHPAD « Le Verger de Vincennes »
21 Avenue des Murs du Parc,
94300 VINCENNES

Annexe : Mesures envisagées dans le cadre de l'inspection réalisée au sein de l'EHPAD « Le Verger de Vincennes » situé 21 Avenue des Murs du Parc à VINCENNES (N° FINESS : 94 000 385 8).

	Prescription envisagée	Texte de référence		Délai de mise en œuvre	Réponse apportée par l'EHPAD dans le cadre de la procédure contradictoire	Décision au terme de la procédure contradictoire
1	S'assurer du remplacement des AVS par des AS afin d'éviter un éventuel glissement de tâches.	Art D. 312-155-0, II CASF		1 mois	Le contexte actuel de tension des ressources humaines ne nous permet pas de répondre actuellement totalement à cette demande. 	Maintien de la prescription Recruter du personnel qualifié, notamment sur les postes d'aide-soignantes, afin d'éviter les glissements de tâches. Établir des fiches de postes pour l'ensemble des salariés de l'établissement et respecter au sein de celles-ci l'attribution de missions conformes aux formations reçues ; distinguer les fiches de poste entre auxiliaire de vie, aide-soignante, AES, AMP... En effet les auxiliaires de vie n'ont pas vocation à effectuer des soins de nursing. Délai de mise en œuvre : 3 mois

2	S'assurer de la conformité des dossiers administratifs des résidents et de leur mise à jour (remise des documents d'information obligatoires, annexe sur la liberté des droits d'aller et venir, séparation dossier administratif/dossier médical)	Art L311-3&4 et L311-5-1 CASF Art L. 1111-6 CSP Circulaire DGAS/SD5 n°2004-136 du 24/03/2004 relative au livret d'accueil. Article L1110-4 du CSP	■	15 jours	Dans les jours suivants le passage de la mission, un travail de révision exhaustif des dossiers des résidents a été conduit (complétude, séparation dossier administratif / dossier médical). Les familles / représentants légaux des résidents disposant d'un dossier administratif incomplet ont été contactés individuellement par messagerie afin de nous adresser les pièces manquantes. L'annexe 9 au contrat de séjour « Liberté d'aller et venir » existe bien. Une attention particulière est portée à sa bonne mise en place.	Maintien de la prescription Au-delà de la démarche de s'assurer de la conformité des dossiers administratifs des résidents, nous vous prescrivons de les mettre à jour et de tracer la remise des documents d'information réglementaires prévus dans le cadre de l'application de la loi n° 2002-02, aux résidents et/ou à leurs représentants. Délai de mise en œuvre : 3 mois pour les résidents présents et d'application immédiate pour toute nouvelle admission.
3	Réunir le CVS au moins trois fois par an.	Article D311-16 CASF	■	2 mois pour la première réunion	Les élections des membres du CVS sont en cours. Les membres des collèges résidents et familles sont élus. Les élections des membres du collège des salariés sont encore en cours (attente de la fin de période de congés). Le prochain CVS se tiendra dans le courant du mois de septembre. La date est en cours d'organisation. L'établissement a bien pris connaissance des nouvelles dispositions contenues dans le décret du Décret n° 2022-688 du 25 avril 2022 portant modification du conseil de la vie sociale et autres formes de participation. Une adaptation du fonctionnement du CVS sera entreprise pour pouvoir répondre favorablement à la nouvelle	Maintien de la prescription Les documents de réponses communiqués ont déjà été consultés par les membres de la mission. A ce jour, la mission n'a pas réceptionné la liste des représentants élus, ni le compte rendu du dernier CVS. Aussi, la mission conclut que le CVS n'est pas mis en place. Délai de mise en œuvre : 1 mois

						réglementation : élargissement de la représentation (représentants de salariés déjà membre du CVS actuel), consultation du CVS sur les sujets qualité, déploiement d'une enquête annuelle à partir du questionnaire HAS à venir...	
4	Transmettre un projet d'établissement actualisé	Article L311-8 du CASF			6 mois	Lors du passage de la mission l'écriture du nouveau projet d'établissement était alors en cours. Il avait alors été remis l'ancien projet ainsi que le rédactionnel en cours. Le projet d'établissement a été finalisé peu de temps avant l'été. Il a été partagé avec l'ensemble des salariés.	Prescription levée
5	Inscrire la [REDACTED] dans une [REDACTED]				6 mois	Il a été convenu avec [REDACTED] une orientation vers le suivi d'une formation [REDACTED]. Il a été prévu l'identification de la formation la plus opportune au début de l'automne dans l'objectif d'un démarrage de la formation [REDACTED].	Maintien de la prescription en l'absence de justificatif d'inscription. Délai de mise en œuvre : 2 mois
6	Séparer les déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI) des déchets hospitaliers non infectés traités comme des ordures ménagères (DAOM) et prévoir un affichage spécifique aux DASRI (protocoles)	Arrêté du 7 septembre 1999, modifié, relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques			2 mois	Il semblerait que la mission n'ait pas identifié l'espace dédié aux DASRI dans nos locaux. L'établissement dispose d'une armoire DASRI, sécurisée, sur laquelle est inscrite explicitement son utilisation « DASRI ». Tous les déchets de soins y sont déposés. De plus, sur les deux portes permettant d'accéder au local poubelle, une signalétique précise « Local Poubelle et DASRI ». Il est à noter que l'établissement a mis en place, depuis un an, des audits réguliers [REDACTED].	Maintien de la prescription Les éléments transmis ne permettent pas à la mission de lever totalement la prescription. La mission a bien identifié l'espace DASRI [REDACTED] et a relevé l'absence d'affichage ainsi que la non différenciation des différents types de déchets (DASRI/DAOM). Délai de mise en œuvre : Immédiat

7	Remédier à l'absence d'affichage constaté à l'arrivée de la mission (documents administratifs, relatifs à la vie de l'établissement, protocoles de soins et d'hygiène)				la suite de l'inspection il a été pris les mesures suivantes : - Renfort de la signalétique DASRI. - Remise à jour du protocole de gestion des DASRI	Maintien de la prescription Selon le Code de l'Action sociale et des familles, un affichage spécifique à l'établissement doit être accessible à l'ensemble des résidents et des visiteurs, à tout moment. La mission a constaté l'absence du porte document regroupant les informations administratives. Afin de pallier à ce dysfonctionnement, la mission demande à ce que ce porte document soit installé de manière à ce qu'il ne puisse plus être déplacé. Délai de mise en œuvre : immédiat Les protocoles de soins et d'hygiène communiqués dans le cadre du contradictoire sont d'ordre généraux et ne sont pas dédiés au fonctionnement de l'établissement. La mission demande une adaptation des protocoles et une transmission des documents mis à jour. Délai de mise en œuvre : immédiat
					Immédiat Le porte document regroupant les informations administratives à disposition des résidents et visiteurs est bien existant et à disposition dans l'entrée. Il avait été déplacé dans le salon [REDACTED] et a été remis dans la matinée (comme souligné par la mission. Une révision de l'ensemble des procédures relatives à l'hygiène a été entreprise en concertation [REDACTED]	

8	Suivre les procédures prévues par le Code de Santé Publique en matière de stupéfiants.	Art. R.5132-26 CSP Art. R. 5132-36 CSP			Un classeur permettant le renseignement de plaintes et réclamations a été mis à disposition [redacted] des visiteurs.	Il a été transmis un document « IM fiche de signalement d'un événement indésirable ». Aucune distinction entre les réclamations/plaintes et les événements indésirables. Aucune information relative à la saisine auprès des services de l'ARS n'est mentionnée dans ladite fiche. Un classeur des doléances a été transmis à la mission dans le cadre du contradictoire. Cependant ce classeur n'est pas mentionné dans la fiche de signalement d'un événement indésirable. Par ailleurs, le lieu d'emplacement du « classeur des doléances » et la procédure d'accès ne sont pas mentionnés. La mission demande de clarifier et d'harmoniser les outils et procédures signalant les EI, réclamations/ plaintes et les doléances. Délai de mise en œuvre : immédiat
				2 mois	Lors des échanges entre la mission et les équipes, il semblerait qu'il y ait eu un malentendu sur les dénominations utilisées.	Maintien de la prescription La mission a interrogé le personnel présent [redacted] sur la gestion des stupéfiants. Celui-ci n'a apporté aucune réponse à ce sujet.

					Il fait l'objet d'un contrôle régulier	Il est apparu clairement que le niveau d'information sur la gestion des stupéfiants n'est pas satisfaisant. La mission demande à ce que les documents non fournis soient transmis au [redacted] notamment une copie du carnet anonymisé. Délai de mise en œuvre : 1 mois La mission demande à ce que le carnet de suivi relatif aux mouvements des stupéfiants [redacted] soit transmis. Délai de mise en œuvre : 1 mois	Maintien de la prescription La mission demande à ce que soit communiqué un état recensant le nombre de dossiers salariés complets et le nombre de dossiers salariés en cours de complétude et plus précisément la date du dernier contrôle des dossiers des agents. Délai de mise en œuvre : 1 mois
9	Mettre à jour les dossiers du personnel et conserver la trace de la vérification à l'embauche du bulletin du casier judiciaire national dans le dossier de tous les agents	L. 133-6 du CASF		1 mois	Dans les jours suivants le passage de la mission, selon la même méthodologie que celle employée pour les dossiers résidents, un travail de révision exhaustif des dossiers des salariés a été conduit. Les salariés disposant d'un dossier administratif incomplet ont été destinataires d'un courrier individuel leur demandant la remise des pièces manquantes.	L'établissement dispose bien d'un coffre sécurisé pour la conservation des stupéfiants (la mission n'a pas demandé à le voir). Une procédure spécifique de retour des stupéfiants est en place (avec la PUI). La procédure prévoit le retour des stupéfiants périmés (sous scellés).	

	Recommandation envisagée	Texte de référence si existant	Réponse apportée par l'EHPAD dans le cadre de la procédure contradictoire	Décision au terme de la procédure contradictoire
1	S'assurer de l'évaluation régulière des agents et de la traçabilité des formations		Il n'est identifié clairement le défaut de traçabilité d'évaluation et de suivi des formations des salariés évoqué dans le rapport. Chaque salarié fait l'objet d'un entretien annuel d'évaluation chaque année. L'établissement dispose d'un outil de suivi des formations. Cet outil permet de suivre et planifier les formations des personnels de l'établissement.	Recommandation maintenue Lors de l'inspection, la mission n'a pas constaté la présence des entretiens annuels dans les dossiers des salariés. La mission demande à ce que soit communiqué un état recensant du nombre d'entretiens annuels réalisés en ainsi que la programmation des entretiens annuels à prévoir.

2	S'assurer de la sécurisation des locaux : Au 5^{ème} étage pendant la phase des travaux Dans les unités protégées (entrebâilleurs de fenêtres cassés) Présence d'un radiateur électrique et de multiprises dans certaines chambres		■	Les travaux conduits au 5^e étage de la résidence sont maintenant achevés. Il est à noter que ces travaux ont été conduits par des équipes internes au groupe ■ Une vérification des entrebâilleurs de l'ensemble des fenêtres de la résidence a été réalisée. Une demande de vérification hebdomadaire des entrebâilleurs a été demandée aux maîtresses de maison de chaque unité. Un passage en revue attentif des installations électriques a été réalisé par l'agent de maintenance de l'établissement afin de s'assurer de l'absence de présence de multiples. Les multiples présentes ont été retirées.	Recommandation levée
3	Veiller à transmettre aux autorités l'ensemble des événements indésirables		■	Conformément à la réglementation et aux bonnes pratiques du secteur, ■ prône une démarche d'amélioration continue de la qualité basée notamment sur le signalement des événements indésirables. L'établissement dispose d'un outil de gestion de la qualité et des risques	Recommandation maintenue Dans le cadre de la procédure contradictoire et dans le protocole transmis

				permettant notamment le signalement et le traitement des événements indésirables (EI). Dans le but d'encourager la remontée d'informations des situations indésirables, les déclarations d'événements sont anonymisés (y compris pour la direction). La procédure en vigueur dans l'établissement (consultée par la mission) rappelle la démarche de signalement et précise les 11 motifs d'événements indésirables graves (EI, liste conforme à l'arrêté du 28 décembre 2016). Seuls les EIG ont font l'objet d'une déclaration obligatoire aux autorités. La mission indique dans son rapport la consultation de signalements d'EI. Elle estime que EI auraient dû faire l'objet d'une requalification EIG conduisant à une information auprès des autorités. A partir des informations consultées dans l'outil une revue des EI nous conduit à venir qualifier EI en EIG : . Ces événements répondent à deux motifs prévus par la réglementation la qualification en EIG. Il est à noter que les années 2020 et 2021 ont été marquées par une baisse notable des déclarations d'EI dans l'établissement (comme dans l'ensemble des établissements). La crise sanitaire est venue perturber les organisations et fonctionnements habituels. Les procédures	par l'établissement, vous faites apparaître une distinction entre EI et EIG. La mission rappelle que l'établissement doit effectuer toute déclaration d'événement indésirable. La gravité de cet événement est clarifiée ultérieurement.
--	--	--	--	--	---

				et protocoles Covid ont rendu les EI plus difficiles à identifier eu égard au contexte exceptionnel des modalités de fonctionnement. L'établissement a renseigné très régulièrement la plateforme Santé Publique France (Voozanoo) signalant l'état des éventuels épisodes Covid rencontrés par l'établissement à cette période.	
4	Formaliser les modalités de remplacement de [REDACTED]			Le planning de présence des cadres de l'établissement est à jour. Il existe une procédure de gestion des situations d'urgence qui est connue de l'ensemble des cadres de l'établissement. Cette procédure mentionne bien le nom et coordonnées de la direction relais de l'établissement : [REDACTED]. [REDACTED]. Il est à noter que les deux établissements sont tous sous la responsabilité du même directeur d'exploitation. [REDACTED] se rend sur les établissements et est connu des collaborateurs. Il est également joignable dans le cadre de la procédure d'urgence. [REDACTED]	Recommandation maintenue La mission est destinataire du planning et de la délégation de signature. Ces documents ne précisent pas le fonctionnement de l'établissement en cas d'absence de la directrice. La mission demande la procédure à jour du fonctionnement de l'établissement en cas d'absence de la directrice (le/s destinataire/s de la procédure et le lieu d'affichage de ladite procédure) .