



ARS Île-de-France

**Inspection sur place
2024-05-23**

Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

**Résidence Le Clos Fleuri
Allé du Clos Fleuri. 91210 Draveil**

SYNTHESE DU RAPPORT DE CONTRÔLE

Tableau récapitulatif des écarts

Numéro	Contenu
Écart 1	Le règlement de fonctionnement n'est pas à jour au regard des derniers textes en vigueur (décret du 25 avril 2022 portant modification du conseil de la vie sociale et autres formes de participation, premier alinéa de l'article L. 311-5-2 du CASF)
Écart 2	L'établissement contrevient à l'article R311-34 du CASF en ne remettant pas systématiquement le règlement de fonctionnement aux nouveaux résidents à leur arrivée.
Écart 3	L'établissement n'a pas transmis de projet d'établissement formalisé en cours de validité et contrevient donc à l'article L311-8 du CASF.
Écart 4	L'établissement ne dispose pas d'un plan bleu à jour au regard de l'article R311-38-1 du CASF.
Écart 5	Le temps de présence du médecin coordonnateur est inférieur au seuil réglementaire de 0.6 ETP, l'établissement contrevient donc à l'article D312-156 du CASF.
Écart 6	L'établissement contrevient à l'article D312-157 du CASF car son médecin coordonnateur ne dispose pas des diplômes requis pour exercer cette fonction au sein de l'établissement.
Écart 7	Plusieurs affichages obligatoires réglementairement sont manquants, ce qui contrevient notamment aux articles R314-162 et R311-31-1 du CASF.
Écart 8	La composition du CVS transmise par l'établissement ne correspond pas à la composition réglementaire fixée par l'article D311-5 du CASF.
Écart 9	L'établissement n'a pas transmis le PV des dernières élections du CVS, le règlement intérieur du CVS, ni le rapport d'activité du CVS. Ces documents sont obligatoires au regard des articles D311-4, D311-19 et D311-20 du CASF.
Écart 10	L'établissement n'informe pas le CVS des EI et dysfonctionnements au sein de l'EHPAD ainsi que des actions correctrices mises en œuvre, ce qui contrevient à l'article R331-10 du CASF.
Écart 11	La politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance apparaît insuffisamment formalisée au regard des articles L119-1 et L311-8 du CASF.
Écart 12	L'établissement ne dispose pas d'un DUERP à jour au regard des articles R4121-1 à R4121-4 du Code du Travail.

Numéro	Contenu
Écart 13	L'établissement contrevient au décret n° 2016-1813 du 21 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales et à l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales en ne signalant pas tout EIG aux autorités compétentes.
Écart 14	L'établissement contrevient à l'article L342 – 12 du CASF et à l'arrêté du 30 décembre 2010, qui disposent que les kinésithérapeutes et médecins libéraux intervenant en EHPAD doivent disposer d'un contrat de coopération valide avec la structure
Écart 15	Les glissements de tâches entre soignants et ASH contreviennent à l'article L451-1 du CASF.
Écart 16	Le positionnement d'AES et d'AMP sur des fonctions d'aides-soignants contrevient à l'article R4311-4 du CSP et à l'arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant
Écart 17	Les glissements de tâches entre IDE et AS contreviennent à l'article R4311-1 du CSP.
Écart 18	Les modalités de rédaction du RAMA contreviennent à l'article D. 312-158 alinéa 10 du CASF
Écart 19	La tenue des dossiers administratifs des résidents n'est pas conforme à la réglementation et contrevient plus particulièrement aux articles L 311-5-1, L 313-12 et D311 du CASF, à l'annexe 3-9-1 du CASF et à l'article L 1111-6 du CSP.
Écart 20	La confidentialité des informations concernant le résident n'est pas garantie au vu des modalités d'échange entre le médecin coordonnateur et les médecins traitants (messagerie sur portable personnel), de ce fait l'établissement contrevient à l'article L311-3 alinéa 4 du CASF.
Écart 21	Les dysfonctionnements du système d'appel malade ne garantissent pas que l'établissement assure la sécurité du résident, notamment la nuit ; de ce fait l'établissement contrevient à l'article L 311-3 alinéa 1 du CASF.
Écart 22	L'établissement contrevient à l'article D312-155-0 du CASF car les résidents ne disposent pas tous d'un projet d'accompagnement personnalisé remis à jour de manière régulière et annexé à leur contrat de séjour

Numéro	Contenu
Écart 23	L'incomplétude des dossiers médicaux risque d'impacter négativement la qualité de la prise en charge des résidents et contrevient de ce fait à l'article L311-3 du CASF.
Écart 24	Les dossiers administratifs et médicaux des résidents ne comportent pas toujours d'information sur la désignation ou non d'une personne de confiance, de ce fait l'établissement contrevient aux articles L311-5-1 et D311-0-4 du CASF.
Écart 25	Les dossiers administratifs et médicaux des résidents ne comportent pas toujours d'information sur la rédaction de directives anticipées par le résident, de ce fait l'établissement contrevient aux articles L1111-4 alinéa 3 et L1111-11 du CSP.
Écart 26	L'établissement contrevient à l'article R311-0-7 du CASF en ne mettant pas en place d'annexe au contrat de séjour portant sur la liberté d'aller et venir.
Écart 27	L'établissement ne garantit pas les moyens nécessaires permettant d'assurer les règles d'hygiène de base dans les locaux de cuisine et ne semble pas assurer la maintenance adéquate du matériel dédié à la confection des repas. Le niveau de formation et d'expérience des équipes en place (4 ETP de cuisine) ainsi que la nature de leur contrat et de leur ancienneté dans l'établissement n'a pas pu être déterminé avec certitude au regard des éléments transmis.
Écart 28	L'établissement n'a pas mis en place une organisation permettant de garantir les mesures d'hygiène pour le circuit du linge.
Écart 29	L'article D312-158 du CASF portant sur les missions du médecin coordonnateur n'est pas mis en œuvre par l'établissement dans sa totalité, notamment au niveau de la composition de la commission gériatrique.
Écart 30	La sécurisation du sac d'urgence n'est pas effective ce qui contrevient à l'article R5126-109 du CSP.
Écart 31	Les résidents ne disposent pas tous d'un projet de soins individualisé remis à jour de manière régulière, de ce fait l'établissement contrevient à l'article D312-155-0 du CASF.
Écart 32	La non mise à jour des DLU par l'établissement contrevient à l'article L110-1 du CSP
Écart 33	La prise en charge de la douleur par l'établissement n'apparaît pas conforme aux conditions décrites dans les articles L1110-5 et L1112-4 du CSP.

Numéro	Contenu
Écart 34	La prise en charge des soins palliatifs n'apparaît pas conforme aux conditions décrites dans les articles L1111-11 et R1111-19 du CSP ainsi que dans les articles L311-5-1 et D312-158 paragraphe 8 du CASF.
Écart 35	La traçabilité en temps réel n'est pas possible au sein de l'établissement, de ce fait l'établissement contrevient à l'article R4311-2 alinéa 2 du CSP.
Écart 36	Le circuit du médicament entre la PUI et l'EHPAD apparaît insuffisamment sécurisé ce qui contrevient à l'article L5126-1 du CSP.
Écart 37	L'établissement ne dispose pas d'une liste préférentielle de médicaments ce qui contrevient à l'article L313-12 V du CASF.

Tableau récapitulatif des remarques

Numéro	Contenu
	Remarques
Remarque 1	Le taux d'occupation de l'établissement au moment de la mission est inférieur au taux attendu et financé, à la fois pour l'hébergement permanent et pour l'hébergement temporaire.
Remarque 2	Le règlement de fonctionnement doit être adapté aux spécificités propres à l'établissement.
Remarque 3	L'organigramme ne traduit pas clairement les liens hiérarchiques et fonctionnels entre agents internes à l'établissement et mentionne des personnes externes à l'établissement, ce qui peut être source de confusion pour les professionnels, les personnes extérieures ainsi que les résidents et leurs proches.
Remarque 4	Le pilotage des axes stratégiques de l'établissement apparaît insuffisamment formalisé au sein de l'établissement, ce qui contrevient aux recommandations de bonnes pratiques.
Remarque 5	Les rôles et l'étendue des responsabilités de la directrice et de son adjointe ne sont pas clairement définis ce qui peut impacter négativement l'organisation du travail au sein de l'établissement.
Remarque 6	L'établissement n'a pas transmis de délégation de pouvoir ou de signature pour la personne réalisant l'astreinte, la procédure de validation des décisions en urgence n'est donc pas connue de la mission d'inspection.
Remarque 7	En cas d'absence imprévue de la directrice, l'organisation adoptée rend complexe la prise de décision en urgence, ce qui peut impacter négativement la sécurité des résidents et des professionnels.

Numéro	Contenu
Remarque 8	La fiche de poste de ■■■■■ mentionne plusieurs éléments ne relevant pas de son domaine de compétence.
Remarque 9	La politique d'amélioration continue de la qualité de l'établissement apparaît insuffisamment formalisée au regard des recommandations de bonnes pratiques.
Remarque 10	Le traitement des plaintes et réclamations des résidents et de leurs proches apparaît insuffisant au regard des recommandations de bonnes pratiques.
Remarque 11	Le niveau d'information des personnels hôteliers et techniques apparaît insuffisant au regard des recommandations de bonnes pratiques.
Remarque 12	Le traitement des EI apparaît insuffisant au regard des recommandations de bonnes pratiques.
Remarque 13	Les documents permettant d'analyser les effectifs au moment de l'inspection n'ont pas été transmis à la mission d'inspection ou comportent des erreurs.
Remarque 14	La charge en soins par IDE apparaît supérieure au ratio recommandé par l'ARS Île de France, d'autant plus qu'un ETP IDE n'est pas pourvu au moment de l'inspection
Remarque 15	L'établissement ne forme pas régulièrement ses personnels à la bientraitance, l'accompagnement de la fin de vie, la gestion de la douleur, l'accompagnement des personnes avec des maladies neurodégénératives. Toutes ces formations sont fortement recommandées pour les professionnels exerçant en EHPAD.
Remarque 16	La mise en place de groupes d'échange de pratiques est recommandée dans le cadre de la promotion de la bientraitance et de la lutte contre les risques psycho-sociaux.
Remarque 17	Le travail discontinu avec 2h de pause augmente fortement l'amplitude horaire des professionnels et est donc facteur de pénibilité au travail
Remarque 18	L'établissement doit communiquer les fiches de postes à ses agents nouvellement recrutés et la transmettre systématiquement à l'appui des entretiens annuels.
Remarque 19	La procédure d'admission et le livret d'accueil comportent des imprécisions.

Numéro	Contenu
Remarque 20	Le double système de suivi des réparations rend peu lisible le processus et est source d'erreur. La traçabilité n'est pas garantie par cette organisation.
Remarque 21	La politique de maîtrise du risque infectieux de l'établissement apparaît insuffisamment formalisée au regard des recommandations de bonnes pratiques.
Remarque 22	La stratégie de vaccination de l'établissement doit être complétée par la vaccination contre le pneumocoque et contre le tétanos
Remarque 23	Malgré l'amplitude des horaires des soignants (12h), l'organisation adoptée ne permet pas d'assurer des temps de transmission entre l'équipe de nuit et l'équipe soignante de jour : en effet, les membres de l'équipe soignante de nuit quittent le travail au plus tard à 7h30, horaire d'arrivée du premier soignant de jour.
Remarque 24	L'établissement n'a pas transmis de protocole sur la contention permettant à la mission de s'assurer du respect des bonnes pratiques concernant la contention au sein de l'établissement.
Remarque 25	Le règlement de fonctionnement de l'établissement mentionne la tenue de commissions d'animation une fois par an, cependant la mise en œuvre de ces commissions n'a pas été mentionnée lors des entretiens et elles ne figurent dans aucun des documents transmis
Remarque 26	Le règlement de fonctionnement de l'établissement mentionne la tenue de commissions des menus plusieurs fois par an, cependant la mise en œuvre de ces commissions n'a pas été mentionnée lors des entretiens et elles ne figurent dans aucun des documents transmis.
Remarque 27	Le jeûne nocturne (délai séparant le dîner du petit déjeuner) est supérieur à 12h
Remarque 28	La mission a constaté l'absence d'obus à oxygène auprès du sac d'urgence ce qui contrevient aux recommandations de bonnes pratiques.
Remarque 29	La prise en charge des situations urgentes par l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de bonne pratique
Remarque 30	La prise en charge des plaies n'apparaît pas totalement conforme aux recommandations de bonnes pratiques.
Remarque 31	Les pratiques de l'établissement n'intègrent pas suffisamment l'HAD et le lien avec les structures d'HAD est insuffisamment formalisé au regard des recommandations de bonnes pratiques.

Numéro	Contenu
Remarque 32	L'établissement ne dispose pas de convention avec le DAC de son territoire (DAC 91 Nord).

Conclusion

Le contrôle sur place de l'EHPAD « le clos fleuri » géré par le groupe COLISEE a été réalisé le 23 mai 2024 à partir des réponses apportées et des documents transmis par l'établissement.

La mission d'inspection a constaté le respect des conditions minimales d'organisation et de fonctionnement de l'établissement.

Cependant, elle a constaté un certain nombre d'écarts et manquements énumérés ci-dessus. Ces constats nécessitent que le gestionnaire et le directeur de l'établissement engagent rapidement des actions de correction/ d'amélioration.