

**Cabinet du Directeur général
Inspection régionale autonomie santé**

**Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) « Clothilde LAMBOROT »
Sis 11 rue de la Liberté à Pantin
FINESS ET n°930022546,**

**RAPPORT D'INSPECTION
N°2025_IDF_00016
Contrôle sur place le 13 mars 2025**

Mission conduite par :

- Madame [REDACTED] IRAS, ARS Ile-de-France,
- Madame [REDACTED] IRAS, ARS Ile-de-France,
- Monsieur [REDACTED] IRAS, ARS Ile-de-France,
- Monsieur [REDACTED] IRAS, ARS Ile-de-France, coordonnateur de la mission.

accompagnés par [REDACTED]

**Textes de
référence**

Articles L.6116-1 à L.6116-3 du Code de la santé publique
Article L.313-13 du Code de l'action sociale et des familles
Article L.1421-1 à L.1421-3 du Code de la santé publique
Article L.1435-7 du Code de la santé publique
Article L.133-2 du Code de l'action sociale et des familles

AVERTISSEMENT

Un rapport d'inspection fait partie des documents administratifs communicables aux personnes qui en font la demande, conformément aux articles L. 311-1 et 2 du Code des relations entre le public et l'administration (CRPA). Ces dispositions lui sont ainsi applicables selon des modalités précisées ci-dessous.

Si, en application de ces dispositions, les autorités administratives sont tenues de communiquer les documents administratifs qu'elles détiennent, ce droit à communication contient cependant des restrictions et notamment :

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

- Le droit à communication ne s'applique qu'à des documents achevés conformément à l'article L. 311-2 du CRPA :
- Le rapport n'est communicable aux tiers qu'une fois reçu par l'inspecté ;
- Le droit à communication ne concerne pas les documents préparatoires à une décision administrative tant qu'elle est en cours d'élaboration.

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

- L'article L. 311-5, 2° du CRPA dispose que : « ne sont pas communicables (...), les autres documents administratifs dont la consultation ou la communication porterait atteinte (...) au déroulement des procédures engagées devant les juridictions ou d'opérations préliminaires à de telles procédures, sauf autorisation donnée par l'autorité compétente ».

3/ Les restrictions concernant la qualité des bénéficiaires du droit à communication :

- L'article L. 311-6 du CRPA dispose que « ne sont communicables qu'à l'intéressé [et non à des tiers] les documents administratifs :
- Dont la communication porterait atteinte à la protection de la vie privée, au secret médical et au secret des affaires (...) ;
- Portant une appréciation ou un jugement de valeur sur une personne physique, nommément désignée ou facilement identifiable ;
- Faisant apparaître le comportement d'une personne, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice ;
- Les informations à caractère médical sont communiquées à l'intéressé, selon son choix, directement ou par l'intermédiaire qu'il désigne à cet effet, conformément à l'article L. 1111-7 du Code de la santé publique ».
- L'article L. 311-7 du CRPA dispose que : « lorsque la demande porte sur un document comportant des mentions qui ne sont pas communicables en application des articles L. 311-5 et L. 311-6 mais qu'il est possible d'occulter ou de disjoindre, le document est communiqué au demandeur après occultation ou disjonction de ces mentions ».

Il appartient au commanditaire de l'inspection auquel le rapport est destiné, d'apprécier au cas par cas si certaines des informations contenues dans le rapport relèvent de l'une des catégories ci-dessus.

Enfin :

- L'administration n'est pas tenue de donner suite aux demandes abusives, en particulier par leur nombre ou leur caractère répétitif ou systématique ;
- En tout état de cause, les personnes morales et physiques dépositaires de ces documents (autorités administratives, dirigeants et gestionnaires d'organismes, d'associations ou d'établissements) restent soumises aux obligations de discrétion ou de secret qui leur sont propres. Elles devront répondre d'une utilisation et d'une conservation des documents communiqués conformes à leur nature. Il leur appartiendra tout particulièrement de prévenir l'éventuelle divulgation des données de caractère personnel et nominatif pouvant figurer dans les rapports et soumises à protection particulière.

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| 1. Gouvernance | 10 |
| 1.1. Conformité aux conditions de l'autorisation | 10 |
| 1.1.1. Le régime juridique de la structure | 10 |
| 1.1.2. L'autorisation | 10 |
| 1.1.3. La population accueillie | 11 |
| 1.1.4. Le CPOM | 11 |
| 1.2. Management et Stratégie | 11 |
| 1.2.1. Le règlement de fonctionnement | 11 |
| 1.2.2. Le projet d'établissement (PE) | 12 |
| 1.2.3. Le projet d'établissement : contenu | 12 |
| 1.2.4. Le plan bleu | 16 |
| 1.2.5. L'organigramme | 16 |
| 1.2.6. Relations entre le gestionnaire et le directeur | 17 |
| 1.2.7. Direction de l'établissement | 17 |
| 1.2.8. Directeur : qualifications | 19 |
| 1.2.9. Le remplacement de la direction | 19 |
| 1.2.10. Les délégations au directeur | 19 |
| 1.2.11. Les subdélégations du directeur | 19 |
| 1.2.12. Les CODIR / COMEX / COPIL | 20 |
| 1.2.13. Les astreintes administratives | 20 |
| 1.2.14. Les professionnels d'encadrement de l'équipe soignante et de l'équipe éducative | 20 |
| 1.2.15. Les conflits entre la hiérarchie et les salariés, entre professionnels | 21 |
| 1.3. Animation et fonctionnement des instances | 22 |
| 1.3.0. Le CVS | 22 |
| 1.3.1. Les enquêtes de satisfaction | 22 |
| 1.4. Gestion de la qualité | 23 |
| 1.4.1. La direction | 23 |
| 1.4.2. Les professionnels référents | 23 |
| 1.4.3. Le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) | 24 |
| 1.4.4. L'auto-évaluation | 24 |
| 1.4.5. L'évaluation externe | 24 |
| 1.4.6. La formalisation d'une politique de promotion de la bientraitance | 26 |
| 1.4.7. Le rôle de la direction et de l'encadrement pour promouvoir la bientraitance | 27 |
| 1.4.8. La bientraitance en pratique | 27 |
| 1.4.9. Les comportements « problèmes » (situations complexes dues à des troubles du comportements violents et dangereux pour les usagers, les professionnels | 29 |
| 1.4.10. La déclaration des maltraitances (dont violences et harcèlement) | 29 |
| 1.5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables | 30 |
| 1.5.0. La direction | 30 |
| 1.5.1. Les réclamations, plaintes et enquêtes de satisfaction | 30 |
| 1.5.2. La procédure de déclaration en interne des événements indésirables (EI) | 31 |
| 1.5.3. Le suivi, l'analyse et le retour d'expérience des EI | 32 |
| 1.5.4. Le signalement des EIG aux autorités administratives compétentes | 33 |
| 2. Fonctions support | 34 |
| 2.1. Gestion des ressources humaines | 34 |
| 2.1.1. Profils et effectifs des professionnels de la structure | 34 |
| 2.1.2. Qualifications | 36 |
| 2.1.3. Les postes vacants sur la structure | 36 |
| 2.1.4. Les contrats de travail | 36 |
| 2.1.5. Le taux d'absentéisme des professionnels et la gestion des absences | 37 |
| 2.1.6. Le taux de rotation des professionnels | 37 |
| 2.1.7. Les dossiers administratifs des professionnels | 37 |
| 2.1.8. Les intervenants/prestataires externes | 38 |
| 2.1.9. Le plan de formation des professionnels | 38 |
| 2.1.10. La procédure d'accueil des nouveaux professionnels | 39 |
| 2.1.11. Les temps d'échange institutionnels organisés (hors temps de transmission) | 39 |
| 2.1.12. L'organisation générale du planning des professionnels | 40 |
| 2.1.13. Les fiches de poste des professionnels | 41 |
| 2.1.14. Les glissements de tâches | 42 |
| 2.2. Gestion d'information | 43 |
| 2.2.1. Le registre unique du personnel (RUP) | 43 |

| | | |
|-------------|---|-----------|
| 2.2.2. | LE DUERP | 43 |
| 2.2.3. | Le registre des entrées et sorties des usagers | 43 |
| 2.2.4. | Le support et le contenu des dossiers des usagers | 43 |
| 2.2.5. | La complétude des dossiers médicaux et analyse des prescriptions médicamenteuses | 44 |
| 2.2.6. | Le dossier de soins | 47 |
| 2.2.7. | Le support et le contenu des observations des intervenants extérieurs médicaux et paramédicaux | 48 |
| 2.3. | Bâtiments, espaces extérieurs et équipements | 48 |
| 2.3.1. | L'état général du bâtiment | 48 |
| 2.3.2. | Le suivi des réparations | 48 |
| 2.3.3. | L'accessibilité PMR des locaux | 48 |
| 2.4. | Locaux et équipements | 49 |
| 2.4.1. | Fonctionnalité et hygiène des locaux | 49 |
| 2.4.2. | Les chambres | 49 |
| 2.4.3. | La circulation dans les locaux | 50 |
| 2.4.4. | La salle d'apaisement | 51 |
| 2.5. | Sécurités | 51 |
| 2.5.1. | Les vaccinations des usagers | 51 |
| 2.5.2. | L'aide à la prévention des chutes | 52 |
| 2.5.3. | La prévention des fugues | 52 |
| 2.5.4. | PV de la commission pour la sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public | 52 |
| 3. | Prises en charge | 53 |
| 3.1. | Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie | 53 |
| 3.1.1. | L'admission | 53 |
| 3.1.2. | Le dispositif « une réponse adaptée pour tous » | 54 |
| 3.1.3. | Le document individuel de prise en charge (DIPC) - contrat de séjour | 54 |
| 3.1.4. | Le livret d'accueil | 54 |
| 3.1.5. | Les médecins traitants | 54 |
| 3.1.6. | Les transmissions inter équipes | 55 |
| 3.1.7. | Relations avec la MDPH | 55 |
| 3.2. | Les projets individualisés d'accompagnements | 55 |
| 3.2.1. | Les Projets d'accompagnement individualisés (PAI) : | 55 |
| 3.3. | Respect des droits des personnes | 57 |
| 3.3.1. | Les droits et libertés | 57 |
| 3.3.2. | Les personnes qualifiées départementales | 57 |
| 3.3.3. | La personne de confiance des usagers | 58 |
| 3.3.4. | L'identification des usagers (identitovigilance) | 58 |
| 3.4. | Vie sociale et relationnelle | 58 |
| 3.4.1. | Relations avec les familles | 58 |
| 3.4.2. | Organisation de sortie extérieure | 58 |
| 3.4.3. | Vie relationnelle, affective et sexuelle | 59 |
| 3.5. | Vie quotidienne | 59 |
| 3.5.1. | Le transport des jeunes | 59 |
| 3.5.2. | Les activités | 59 |
| 3.6. | L'hébergement, internat | 61 |
| 3.6.1. | Le suivi de l'hygiène corporelle | 61 |
| 3.6.2. | Les changes | 61 |
| 3.7. | L'alimentation | 61 |
| 3.7.1. | La conception des repas | 61 |
| 3.7.2. | Les salles de restauration | 62 |
| 3.7.3. | Les régimes, textures | 62 |
| 3.7.4. | Les troubles de la déglutition, la gestion des fausses routes | 62 |
| 3.7.5. | La qualité des repas, suivi de l'état nutritionnel | 63 |
| 3.8. | La dispensation des soins | 64 |
| 3.8.1. | L'organisation des soins | 64 |
| 1.1.1.1. | L'organisation des soins définie par le PE | 64 |
| 1.1.1.2. | Le médecin chargé de la coordination médicale et soignante | 64 |
| 3.8.2. | Plannings et continuité des soins | 65 |
| 3.8.3. | Missions médicales | 66 |
| 3.8.4. | Psychologue | 66 |
| 3.8.5. | Gestion des urgences médicales | 73 |
| 3.8.6. | Les prescriptions de rééducation | 74 |
| 1.1.1.3. | Les procédures et protocoles de soins | 75 |

| | | |
|-------------|--|-----------|
| 3.8.7. | Le traitement de la crise épileptique | 75 |
| 3.8.8. | La prévention des escarres | 76 |
| 1.1.1.4. | Le traitement de la douleur | 76 |
| 1.1.1.5. | Les soins palliatifs | 76 |
| 1.1.1.6. | Les contentions | 76 |
| 1.1.1.7. | Les accompagnements | 77 |
| 3.9. | Champ thérapeutique : Le circuit du médicament | 77 |
| 3.9.1. | Le circuit du médicament | 77 |
| 3.9.2. | Prescription | 77 |
| 3.9.3. | Dispensation | 78 |
| 3.9.4. | Stockage | 78 |
| 3.9.5. | Distribution et administration | 79 |
| 4. | Relations avec l'extérieur | 81 |
| 4.1. | Environnement | 81 |
| 4.1.1. | Environnement géographique de la structure (transports, environnement, sécurité) | 81 |
| 4.2. | Coordination avec les acteurs de soins | 81 |
| 5. | Récapitulatif des écarts et des remarques | 83 |
| 5.1. | Écarts | 83 |
| 5.2. | Remarques | 86 |
| 6. | Conclusion | 89 |
| 7. | Liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport | 90 |
| 8. | Annexes | 92 |
| Annexe 1 | Lettre de mission des agents chargés du contrôle | 92 |
| Annexe 2 | Liste et relevé des documents demandés hors tableau RH | 94 |
| Annexe 3 | Liste des professionnels et usagers / familles avec lesquels la mission s'est entretenue | 97 |

SYNTHESE

Éléments déclencheurs de la mission

Le présent contrôle, diligenté sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), s'inscrit dans le programme national d'inspection contrôle des établissements médico-sociaux (EMS) pour personnes en situation d'handicap dans le cadre de la « Stratégie nationale de lutte contre les maltraitements 2024-2027 ».

Le ciblage a été opéré à partir d'une analyse qui a classé la MAS parmi les établissements à contrôler dans le cadre de ce plan.

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

L'inspection a été réalisée en mode inopiné.

L'analyse a porté sur les constats faits sur pièce et sur place.

Le périmètre des investigations a été établi en fonction des informations disponibles concernant l'établissement et a porté sur les thématiques suivantes :

- Gouvernance :
 - Conformité aux conditions de l'autorisation
 - Management et stratégie
 - Animation et fonctionnement des instances
 - Gestion de la qualité
 - Gestion des risques, des crises et des événements indésirables
- Fonctions support
 - Gestion des RH
 - Gestion d'information
 - Bâtiments et espaces extérieurs et équipements
 - Sécurité
- Prises en charge
 - Organisation de la prise en charge
 - Respect du droit des personnes
 - Vie sociale et relationnelle
 - Vie quotidienne et hébergement
 - Champ de l'éducation
 - Soins
- Relations avec l'extérieur
 - L'environnement
 - Coordination avec les autres secteurs

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

Consulter la liste des écarts et des remarques à la fin du rapport

Introduction

Contexte de la mission d'inspection

Le programme national d'inspection contrôle des établissements médico-sociaux (EMS) pour personnes en situation d'handicap s'inscrit dans le cadre de la « Stratégie nationale de lutte contre les maltraitances 2024-2027 ».

Au-delà de l'objectif de lutte contre les maltraitances, cet établissement a été inscrit dans la programmation à la demande de la Délégation départementale de Seine-Saint-Denis, pour les raisons suivantes :

Depuis l'année 2023, l'établissement a signalé à l'ARS 9 événements indésirables graves (EIG). Parmi ceux-ci, trois concernaient des agressions sexuelles ; un autre portait sur un résident pénétrant dans les chambres de résidentes alitées sans leur consentement. Par ailleurs, des dysfonctionnements ont été signalés, notamment au niveau des ascenseurs, ainsi qu'un EIG relatif à la présence de légionnelles. D'autres signalements faisaient état de situations conflictuelles susceptibles d'entraîner des répercussions sur la santé des résidents.

En septembre 2024, une nouvelle cadre de santé a pris ses fonctions en remplacement de son prédécesseur, dont la gestion ne respectait ni la réglementation en vigueur ni les bonnes pratiques professionnelles.

Dans ce contexte, sur le fondement de l'article L. 313-13 du code de l'action sociale et des familles, le Directeur général de l'ARS Ile-de-France a décidé de diligenter une inspection de la MAS Clothilde Lambrot qui a notamment pour objet de contrôler :

- Les modalités de gouvernance, la gestion des ressources humaines, l'accompagnement ainsi que le respect et la promotion des droits des personnes prises en charge ;
- Le respect des dispositions et bonnes pratiques applicables permettant de garantir la qualité et la sécurité des soins délivrés aux usagers.

Modalités de mise en œuvre

L'inspection a été réalisée par l'ARS Ile-de-France, seule compétente pour la délivrance des autorisations de fonctionnement des MAS.

L'équipe d'inspection¹ est composée de :

[REDACTED]

[REDACTED] inopinée². La liste des documents demandés au cours du contrôle et le relevé des documents transmis par l'inspecté figurent en **annexe 2**.

Le périmètre des investigations a été établi en fonction des informations disponibles concernant l'établissement et a porté sur les thématiques suivantes :

- Les modalités de gouvernance, la gestion des ressources humaines, l'accompagnement ainsi que le respect et la promotion des droits des personnes prises en charge ;
- Le respect des dispositions et bonnes pratiques applicables permettant de garantir la qualité et la sécurité des soins délivrés aux usagers.

¹ Cf. la lettre de mission en annexe 1.

² Sans annonce préalable à l'établissement

Présentation de l'établissement inspecté :

La raison sociale de l'établissement est : MAS APF Clothilde Lambrot. Elle est située dans le même bâtiment que le foyer de vie au sein de la Résidence Clothilde Lambrot dépendant de la même association : APF France Handicap.

| Coordonnées de l'organisme gestionnaire | |
|--|--|
| Nom de l'organisme : | Association APF France handicap |
| Adresse de l'organisme : | 17, Boulevard Auguste Blanqui 75013 Paris |
| Code postal et Ville : | 75013 Paris |
| Téléphone fixe : | 01 40 78 69 00 |
| Site internet | Association APF France handicap |
| Nombre d'ESSMS gérés dans le département | 12 établissements et services sociaux dans le département de Seine-Saint-Denis |

| Coordonnées de la structure : | |
|-------------------------------|----------------------|
| Adresse : | 11 rue de la liberté |
| Code postal et Ville : | 93055 Pantin |
| Téléphone fixe : | 01 48 91 03 61 |

| Type de structure | |
|--|--|
| Type d'établissement / service : | Maison d'accueil spécialisée |
| Date d'ouverture : | 5 décembre 2009 |
| Numéro FINESS : | 930022546 |
| Géographique : | |
| Statut juridique de l'entité juridique | Etablissement privé à but non lucratif |
| Option tarifaire : | Tarif journalier |
| Date du CPOM | 2024 |
| Présence d'une PUI ³ : | Non |

La MAS dispose d'une autorisation d'accueil et d'accompagnement spécialisé des personnes handicapées présentant une déficience motrice sévère avec troubles associés et/maladies intercurrentes de :

██

██

Le CPOM avec l'association porte sur 2024 2028. Ses principaux objectifs concernent l'ancrage territorial, le parcours de l'utilisateur, l'optimisation....

Constats

Le rapport est établi au vu des éléments vus, lus et entendus par l'équipe d'inspection.

³ PUI : Pharmacie à usage intérieur

1. Gouvernance

1.1. Conformité aux conditions de l'autorisation

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations ou commentaires |
|---|---|------------|---|
| 1.1 Conformité aux conditions d'autorisation | 1.1.1. <u>Le régime juridique de la structure</u> | | La MAS Clothilde LAMBOROT est un établissement privé à but non lucratif qui dépend d'un organisme gestionnaire APF France Handicap d'après les différents documents fournis par la DD93, la direction de l'autonomie (CPOM, arrêtés d'autorisation...), le FINESS... |
| 1.1 Conformité aux conditions d'autorisation | 1.1.2. <u>L'autorisation</u> | Choisir | <p>La dernière autorisation transmise par la DD date du 2 novembre 2009 et porte sur la transformation partielle du foyer en MAS. Un courrier de l'ARS indique que le renouvellement de l'autorisation était conditionné à la transmission du rapport d'évaluation respectant les critères de la HAS. L'établissement a transmis le rapport. Selon l'autorisation, l'établissement est censé disposer de [REDACTED] Le jour de l'inspection [REDACTED] et la liste des résidents le confirme. D'après les entretiens, il n'y a pas de place temporaire sur la MAS. Il a été notamment rapporté que seul le foyer disposait d'un accueil temporaire. Il existe toutefois un modèle de contrat de séjour d'accueil temporaire en MAS, et l'accueil temporaire est évoqué dans le règlement de fonctionnement. Ce contexte interroge quant à l'effectivité de la mise en œuvre de cette autorisation d'accueil temporaire des résidents.</p> <p>L'établissement va prochainement ouvrir [REDACTED] (il n'est pas précisé si ce sera du permanent ou du temporaire), dont les travaux débiteront en avril ou mai 2025 (entretiens).</p> <p>L'EPRD 2024 confirme la création de [REDACTED] chambres dans la MAS et d'un accueil de jour, mais au jour de l'inspection ce projet d'accueil de jour n'a pas été abordé au cours des entretiens.</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #f8d7da; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Écart 1 : La MAS ne respecte que partiellement l'arrêté d'autorisation dans la mesure où la place d'accueil temporaire n'est pas installée, ce qui contrevient à l'article L313-1 (1° et 4°) du CASF.</p> </div> |

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations ou commentaires |
|---|---|------------|--|
| 1.1 Conformité aux conditions d'autorisation | 1.1.3. <u>La population accueillie</u> | Choisir | <p>Sur l'arrêté d'autorisation, il est précisé que la requalification des places du foyer en places MAS était prévue pour l'accueil de personnes handicapées présentant une déficience motrice sévère avec troubles associés et maladies intercurrentes.</p> <p>Au jour de l'inspection, la quasi-totalité des résidents était en fauteuil roulant (1 personne ne l'était pas). Les entretiens avec les différents professionnels et la direction insistent sur le fait qu'un grand nombre de résidents ont des problèmes psychiatriques sévères. Les usagers sont vieillissants. Cette tendance est rappelée dans l'EPRD 2024.</p> <p>Par ailleurs, il a été souligné que de nombreux résidents du foyer ont un profil relevant d'une prise en charge MAS (un pourcentage précis n'a pas été communiqué).</p> <p>La majorité des résidents provient de Seine-Saint-Denis.</p> |
| 1.1 Conformité aux conditions d'autorisation | 1.1.4. <u>Le CPOM</u> | | <p>Le CPOM avec l'organisme gestionnaire porte sur la période 2024-2028 et est donc en cours de validité.</p> |

1.2. Management et Stratégie

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations ou commentaires |
|--------------------------------|---|------------|--|
| 1.2 Management et Stratégie | 1.2.1. <u>Le règlement de fonctionnement</u> | | <p>La MAS dispose d'un règlement de fonctionnement, il a été actualisé en 2024.</p> <p>Il ne contient pas les modalités par lesquelles l'association de la famille à la vie de l'établissement ou du service est prévue.</p> |

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations ou commentaires |
|------------------------------------|--|---|--|
| | | | <p>Écart 2 : Le règlement de fonctionnement de la MAS est incomplet en l'absence des dispositions relatives notamment à l'association de la famille à la vie de l'établissement prévues par l'article R311-35 du CASF.</p> |
| 1.2. Management et Stratégie | 1.2.2. <u>Le projet d'établissement (PE)</u> | <p>Choisir</p> <p>Choisir</p> <p>Choisir</p> <p>Choisir</p> | <p>Le projet d'établissement de la MAS a été réalisé en 2021 et court jusqu'en 2026. Il a été réactualisé en février 2023.</p> <p>Il ne tient pas compte de la réorganisation des effectifs comme la mutualisation de la direction vu l'organigramme qui y figure à la page 38.</p> <p>D'importants changements organisationnels sont intervenus depuis 2023 et particulièrement depuis l'arrivée du nouveau directeur (cf. Le directeur) mais n'ont pas donné lieu à une actualisation du projet d'établissement avec une consultation préalable du CVS sur ces changements.</p> |
| 1.2. Management et Stratégie | 1.2.3. <u>Le projet d'établissement : contenu</u> | | <p>Le projet d'établissement ne contient pas toutes les dispositions réglementaires, il y manque :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les modalités de transmission vers une structure extérieure lors d'une réorientation. Il manque des éléments sur les outils de transmission, les protocoles ou les conventions spécifiques à ce transfert ; - Le contenu de la collaboration de l'établissement ou du service avec d'autres partenaires, notamment lorsque la personne est accompagnée par plusieurs structures ; - La démarche interne de prévention et de lutte contre la maltraitance. |

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations ou commentaires |
|--------------------|--------------------|------------|---|
| | | | <p>[REDACTED]</p> <p>A ces axes d'amélioration s'ajoutent les actions des 8 fiches action qui n'ont pas fait encore l'objet de l'évaluation de l'effectivité de leur mise en œuvre :</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>La direction en a cependant repris certains dans son propre diagnostic (document non daté), notamment sur la nécessité de renforcer la coordination entre les services en clarifiant l'articulation entre les trois entités de la structure (MAS, FOYER et SAAS).</p> <p>Finalement, le projet d'établissement ne prévoit pas explicitement de stratégie de communication pour assurer la diffusion et l'appropriation du projet par l'ensemble des parties concernées.</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #f8d7da; padding: 5px;"> <p>Écart 3 : Le projet d'établissement ne contient pas toutes les dispositions suivantes prévues à l'article D311-38-3 du CASF et D344-5-5 du CASF ::</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les modalités de transmission vers une structure extérieure lors d'une réorientation. Il manque des éléments sur les outils de transmission, les protocoles ou les conventions spécifiques à ce transfert ; - Le contenu de la collaboration de l'établissement ou du service avec d'autres partenaires, notamment lorsque la personne est accompagnée par plusieurs structures ; - La démarche interne de prévention et de lutte contre la maltraitance. </div> |

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations ou commentaires |
|------------------------------------|-------------------------------------|------------|---|
| | | | <p>Remarque 1 : Aucun état des lieux de l'avancement des objectifs inscrits dans le projet d'établissement n'a été réalisé, alors même que plusieurs restent d'actualité.</p> <p>L'absence d'indicateurs précis pour mesurer l'atteinte des objectifs fixés empêche leur évaluation, leur ajustement ou leur remplacement en cas d'inopportunité ou d'irréalisation, ce qui n'est pas conforme à une des recommandations de la HAS formulées dans son guide « <i>Élaboration, rédaction et animation d'un projet d'établissement</i> »</p> <p>Remarque 2 : Le projet d'établissement ne prévoit pas explicitement de stratégie de communication pour assurer la diffusion et l'appropriation du projet par l'ensemble des parties concernées.</p> |
| 1.2. Management et Stratégie | 1.2.4. <u>Le plan bleu</u> | | <p>La MAS dispose d'un plan bleu incluant un plan canicule. Ces documents ont été actualisés en 2024, mais pas encore en 2025, alors même que plusieurs changements sont intervenus depuis le début de l'année, notamment la modification de la composition de la cellule de crise et le remplacement du référent « plan bleu ».</p> <p>La formation du personnel aux procédures du plan bleu a été réalisée en 2024, selon les entretiens, mais n'a pas été reconduite en 2025.</p> <p>Par ailleurs, les comptes rendus du CVS transmis à la mission (en 2023, en 2024 et en 2025) ne font pas état de sa consultation au sujet du plan bleu.</p> <div data-bbox="1196 855 2136 1002" style="border: 1px solid black; background-color: #f8d7da; padding: 5px;"> <p>Écart 4 : Il n'est pas prévu de former le personnel aux procédures du plan bleu cette année. Par ailleurs, le CVS n'avait pas été consulté lors de l'élaboration ou la révision des précédents plans bleus, alors que ce sont des obligations prévues par l'article R311-38-1 du CASF.</p> </div> |
| 1.2. Management et Stratégie | 1.2.5. <u>L'organigramme</u> | | <p>Un organigramme a été transmis à la mission.</p> <p>La mission n'a pas constaté l'affichage de l'organigramme dans les locaux. Il a été communiqué à la mission que l'organigramme était en cours d'actualisation et non finalisé. La mission ne formulera donc pas de remarque relative à l'affichage, mais rappelle que c'est nécessaire aussi bien pour les résidents et les proches, que pour les professionnels.</p> <p>La mission a constaté que les noms des professionnels ne sont pas systématiquement indiqués. Il est important que les noms apparaissent sur le prochain organigramme. Une remarque est donc formulée à ce sujet.</p> |

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations ou commentaires |
|------------------------------------|--|------------|--|
| | | | <p>Remarque 3 : Sur le projet d'organigramme de l'établissement, les noms des différents professionnels de l'établissement ne sont pas précisés.</p> |
| 1.2. Management et Stratégie | 1.2.6. <u>Relations entre le gestionnaire et le directeur</u> | | Le gestionnaire répond aux sollicitations de la direction (entretiens). |
| 1.2. Management et Stratégie | 1.2.7. <u>Direction de l'établissement</u> | | <p>Le directeur [REDACTED].</p> <p>Il est également le directeur d'autres structures que la MAS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Du foyer dans la même résidence ; - D'un accueil de jour ; - D'un SAVS. <p>La répartition en équivalent temps plein n'est pas précisé sur les documents fournis.</p> <p>Il a été nommé directeur de l'accueil de jour et du SAVS alors qu'ils étaient gérés par une association qui a été absorbée par l'association actuelle qui recrute alors le directeur pour diriger également la MAS dans le cadre d'une mission de transition. [REDACTED]</p> <p>La directrice adjointe à quant à elle rejoint [REDACTED]</p> <p>Leur contrat de travail n'a pas été adressé à la mission (la directrice adjointe étant encore présente sur l'établissement lors de la mission sur place, voir ci-dessous). Le DUD mentionne pourtant que le directeur dispose d'un contrat de travail.</p> <p>Remarque 4 : Les contrats de travail du directeur et de la directrice adjointe n'ont pas été adressés à la mission.</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> |

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations ou commentaires |
|--------------------|--------------------|------------|--|
| | | | <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <ul style="list-style-type: none"> - [REDACTED] - Occuper les postes vacants parmi lesquels celui de cadre de santé (entretiens) <p>La lettre de mission signée le 22 mai 2024 par le directeur arrête un périmètre formulé : [REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>A ce titre, et compte tenu de la responsabilité ». La lettre de mission prend fin en septembre 2024, mais il est indiqué qu'elle peut être renouvelée. Toutefois, il n'est pas fait mention si le directeur est toujours dans le cadre d'une mission particulière dans le cadre d'une reconduction de la mission.</p> <p>Le nombre ETP consacré par le directeur et de la directrice adjointe à la MAS n'est pas spécifié sur les documents formels transmis.</p> <p>L'absence de cadre de santé à la MAS a été compensée par la directrice adjointe, titulaire d'une formation d'infirmière diplômée d'État (IDE) et de cadre de santé. Le poste de cadre de santé demeurait vacant au jour de l'inspection alors [REDACTED]</p> <p>[REDACTED] La direction a indiqué qu'une candidate était pressentie pour assurer ce remplacement. Une offre d'emploi démontrant que l'établissement cherche à recruter un directeur adjoint a été adressée à la mission, toutefois il est précisé qu'il s'agit du Foyer de vie et non pas de l'ensemble de la résidence dont la MAS.</p> <p>Selon leur document unique de délégation respectif, certains pouvoirs sont délégués à la directrice adjointe.</p> |

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations ou commentaires |
|------------------------------------|---|------------|--|
| | | | <p>Ainsi l'ensemble des documents relatifs aux délégations et subdélégations de compétences sont formalisées et signées conformément à la procédure de l'association comme le montre le tableau transmis avec le DUD du directeur.</p> <p>En résumé, si les documents de délégation des compétences sont formalisés, l'allègement du temps de direction de la MAS dans un contexte de succession de direction et d'une instabilité de l'encadrement comporte des risques de fragilisation d'une structure qui connaît des difficultés depuis plusieurs mois.</p> <p>Remarque 5 : Compte tenu d'un contexte marqué par une succession de directions, par une opacité dans les transmissions d'informations par la précédente direction à la direction actuelle de l'établissement, par l'absence de cadre de santé, la récente vacance du poste de la directrice adjointe génère une fragilité au sein de la direction de l'établissement MAS. L'offre d'emploi pour un poste de directeur adjoint mentionne le foyer de vie, mais ne fait pas référence à la MAS.</p> |
| 1.2. Management et Stratégie | 1.2.8. <u>Directeur : qualifications</u> | Choisir | Partie Direction de l'établissement ci-dessus |
| 1.2. Management et Stratégie | 1.2.9. <u>Le remplacement de la direction</u> | | |
| | | Choisir | <p>La direction régionale du gestionnaire intervient en cas d'absence de la direction (entretiens) Il n'y a pas de procédure formalisée traitant du remplacement du directeur en cas d'absence.</p> <p>Remarque 6 : Il n'existe pas de procédure formalisée traitant du remplacement du directeur lorsqu'il est absent.</p> |
| 1.2. Management et Stratégie | 1.2.10. <u>Les délégations au directeur</u> | | Partie direction de l'établissement ci-dessus |
| 1.2. Management et Stratégie | 1.2.11. <u>Les subdélégations du directeur</u> | Choisir | Voir partie direction |

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations ou commentaires |
|---------------------------------|---|------------|--|
| 1.2. Management et Stratégie | 1.2.12. <u>Les CODIR / COMEX / COPIL</u> | | <p>Les CODIR se déroulent les mardis mais ceux-ci peuvent être espacés et remplacés par des groupes de travail comme celui sur le DUERP. Participent aux CODIR la direction, les cadres intermédiaires (cadre socio-éducative, cadre de santé et cadre logistique, la psychologue et la secrétaire de direction) d'après les entretiens.</p> <p>Des comptes-rendus sont réalisés et permettent de constater la diversité de sujets qui y sont traités notamment du [REDACTED]</p> <p>[REDACTED] Ces comptes rendus démontrent que l'établissement cherche à résoudre les difficultés dans différents champs : ressources humaines, comportements d'usagers, mises en place d'activités...</p> <p>Dans le dernier compte rendu de CODIR de mars 2025, il est indiqué que l'établissement attend des réponses de l'ARS et de la MDPH sur le besoin d'une vigilance accrue auprès de [REDACTED] résidents.</p> |
| 1.2. Management et Stratégie | 1.2.13. <u>Les astreintes administratives</u> | Choisir | <p>Les astreintes, de nuit et de jour, étaient au jour de l'inspection réalisées par le directeur, la directrice adjointe, la cadre logistique, la cheffe de service socio-éducative et la psychologue en 2025 Le planning des astreintes 2025 a été récupéré le jour de l'inspection. L'organisation actuelle des astreintes est inégale et risque de générer de la fatigue pour certains professionnels.</p> <p>La procédure des astreintes administratives et techniques a été adressée. Elle rappelle notamment les points à surveiller concernant chaque résident, la procédure à suivre en cas de fugue... Toutefois le document n'est pas daté alors que certaines informations peuvent être amenées à évoluer.</p> <p>Le CR du CODIR du 18 mars 2025 indique que la procédure va être complétée pour que le salarié sache la procédure à suivre si l'astreinte ne décroche pas.</p> <p>Remarque 7 : La répartition des astreintes est inégale et la procédure des astreintes n'est pas datée.</p> |
| 1.2. Management et Stratégie | 1.2.14. <u>Les professionnels d'encadrement de l'équipe soignante et de l'équipe éducative</u> | | <p>La MAS a trois cadres :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une cadre logistique ; - [REDACTED] Une cadre socio-éducative (si l'organigramme ne montre pas qu'elle est également affectée sur la MAS, la liste du personnel hebdomadaire MAS et les entretiens indiquent qu'elle est |

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations ou commentaires |
|------------------------------------|--|------------|---|
| | | | <p>également positionnée sur la MAS).</p> <p>Remarque 8 : Le diplôme et le contrat de travail de la cadre socio-éducative n'ont pas été transmis</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le poste de cadre de santé est vacant. Ses missions ont été assumées par la directrice adjointe, en plus de ses propres fonctions, ce qui a entraîné une surcharge de travail. Cette surcharge compromet la capacité à assurer d'autres tâches relevant du pilotage et de la gouvernance. Une offre d'emploi a été adressée au sujet de la recherche d'une cadre de santé. A ce stade toutes les tentatives de recrutement de cadre de santé n'ont pas abouti (entretiens) |
| 1.2. Management et Stratégie | 1.2.15. <u>Les conflits entre la hiérarchie et les salariés, entre professionnels</u> | | <p>Dans des comptes rendus de CODIR</p> <p>Le jour de l'inspection, si des professionnels ont exprimé une amélioration du climat social, d'autres ont au contraire exprimé que celui-ci se dégradait ou alors restait fragile. Dans le deuxième cas, il a été communiqué que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les relations ascendantes ou descendantes entre certains professionnels et la hiérarchie étaient marquées par des tensions ; - certains professionnels ne se sentaient pas suffisamment soutenus. <p>Un document rédigé par une personne liée à l'établissement, et transmis aux inspecteurs après la visite, comporte plusieurs passages non neutres. Il met en avant, outre les problématiques RH, des difficultés multifactorielles affectant l'établissement.</p> <p>Considérant la divergence des témoignages, la mission se limitera à rédiger une remarque, elle recommande toutefois très vivement à l'établissement à renforcer le travail sur le sujet du climat social.</p> <p>Un manque de communication est mis en avant par certains professionnels entre professionnels soignants et non soignants. Cela alimente également les risques dans le champ du climat social et donc dans la qualité de l'accompagnement des usagers.</p> <p>La mission tient toutefois à souligner que l'établissement a mis en place des groupes d'analyse des pratiques aussi bien pour les cadres que pour les non-cadres. Les non-cadres ont la possibilité d'y participer tous les deux mois avec un intervenant extérieur. Pour les cadres la fréquence est plus élevée (cf calendrier GAP)</p> |

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations ou commentaires |
|-----------------|--------------------|------------|---|
| | | Choisir | <p>Par ailleurs, un compte rendu du CSE de février 2025 indique que la hiérarchie recherche une équité dans la répartition du travail.</p> <p>Remarque 9 : Le climat social et la communication au sein de l'établissement présentent un caractère fragile, cela est susceptible d'altérer la qualité de l'accompagnement des usagers.</p> |

1.3. Animation et fonctionnement des instances

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations ou commentaires |
|--|--|------------|---|
| 1.3. Animation et fonctionnement des instances | 1.3.1. <u>Le CVS</u> | Choisir | <p>Le CVS a un règlement intérieur qui tient compte des nouvelles dispositions introduites par le décret du 25 avril 2022.</p> <p>Il a été procédé à l'élection des membres du CVS en mars 2025.</p> <p>Il se réunit trois fois par an.</p> <p>D'après les comptes rendus transmis de mars 2023, de juin et d'octobre 2024 et de mars 2025, il n'y est constaté</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aucune présentation d'un bilan des dysfonctionnements graves ayant eu lieu au sein de l'établissement ; - Aucune présentation de l'actualisation annuelle du plan bleu. - L'organisation de la révision du prochain projet d'établissement qui arrivera à échéance en 2026. <p>Écart 5 : Les dysfonctionnements graves ne sont pas régulièrement présentés au CVS, ce qui contrevient à l'article R331-10 du CASF.</p> |
| 1.3. Animation et | 1.3.2. <u>Les enquêtes de satisfaction</u> | | |

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations ou commentaires |
|------------------------------|--------------------|---|---|
| fonctionnement des instances | | Choisir Choisir Choisir Choisir Choisir | <p>La MAS a mesuré la satisfaction des résidents concernant la restauration en 2024 mais n'a pas mesuré s'ils étaient satisfaits de la qualité de l'hébergement, de la qualité des soins et de l'accompagnement dans la vie courante. L'enquête n'était pas affichée.</p> <p>Les résidents ayant répondu sont globalement satisfaits de la qualité des repas.</p> <p>Remarque 10 : La mesure de la satisfaction des résidents relativement à l'hébergement, à l'entretien des locaux, à la qualité des soins, à l'accompagnement dans la vie courante n'est pas réalisée tous les ans et l'affichage des résultats n'était pas effectif.</p> |

1.4. Gestion de la qualité

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations ou commentaires |
|----------------------------|---|------------|--|
| | 1.4.1. La direction | | |
| | | | <p>Selon les entretiens, le directeur est référent dans la démarche d'amélioration continue de la qualité.</p> |
| 1.4. Gestion de la qualité | 1.4.2. <u>Les professionnels référents</u> | | <p>Le directeur est le référent qualité d'après ce qui a été indiqué en entretiens. Toutefois, la fiche de mission référent qualité indique que ce référent est nommé par le directeur.</p> <p>Remarque 11 : Le référent qualité est directeur de l'établissement. Or, la fiche de mission référent qualité indique que le directeur nomme ce référent.</p> |

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations ou commentaires | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|---|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1.4. Gestion de la qualité | 1.4.3. <u>Le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)</u> | Choisir | <p>La MAS a un plan d'amélioration continue de 2018 et un plan d'amélioration continue de la qualité remonte donc à l'ancienne direction. Certaines de ses actions n'ont pas été actualisées depuis 2018, démontrant ainsi que le problème d'actualisation globale remonte jusqu'à 2018 La mission a pris note que l'établissement se focalisait sur certains enjeux prioritaires mais l'actualisation du plan reste primordial.</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #f8d7da; padding: 5px;"> <p>Écart 6 : La MAS n'a pas actualisé son plan qualité depuis 2018, ni le suivi effectif des actions, pourtant diverses dans leur nature et leur temporalité. Ce qui ne garantit pas le principe de continuité de l'amélioration de la qualité de la MAS, cela représente un risque dans la garantie des droits et libertés individuels au sein de l'établissement. L'établissement contrevient aux articles L311-3 du CASF et L312-8 du CASF</p> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.4. Gestion de la qualité | 1.4.4. <u>L'auto-évaluation</u> | | Cf le PACQ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.4. Gestion de la qualité | 1.4.5. <u>L'évaluation externe</u> | Choisir | <p>La MAS a eu une évaluation externe en 2023 qui a conclu au non-respect de quatre critères impératifs qui sont les suivants</p> <ul style="list-style-type: none"> - Absence de plan de prévention des risques de maltraitance et de violence ; - Absence de registre de plaintes et réclamations ; - Absence d'analyse des plaintes et réclamations pour mettre en place des actions correctives ; - Absence d'analyse en équipe des événements indésirables et de comptes rendus de ces réunions <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="background-color: black; height: 20px;"> </td> <td style="background-color: black; height: 20px;"> </td> <td style="background-color: black; height: 20px;"> </td> <td style="background-color: black; height: 20px;"> </td> <td style="background-color: black; height: 20px;"> </td> <td style="background-color: black; height: 20px;"> </td> <td style="background-color: black; height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td style="background-color: #d9e1f2; height: 20px;"> </td> <td style="background-color: #d9e1f2; height: 20px;"> </td> <td style="background-color: #d9e1f2; height: 20px;"> </td> <td style="background-color: #d9e1f2; height: 20px;"> </td> <td style="background-color: #d9e1f2; height: 20px;"> </td> <td style="background-color: #d9e1f2; height: 20px;"> </td> <td style="background-color: #d9e1f2; height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td style="background-color: black; height: 100px;"> </td> <td style="background-color: black; height: 100px;"> </td> <td style="background-color: black; height: 100px;"> </td> <td style="background-color: black; height: 100px;"> </td> <td style="background-color: black; height: 100px;"> </td> <td style="background-color: black; height: 100px;"> </td> <td style="background-color: black; height: 100px;"> </td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations ou commentaires | | | | | | |
|-----------------|--------------------|------------|------------------------------|---|------------|------------|------------|------------|------------|
| | | | [REDACTED] | | [REDACTED] | | | | |
| | | | [REDACTED] | . | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | | [REDACTED] |
| | | | [REDACTED] | . | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] |

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations ou commentaires | | | | | | |
|----------------------------|--|------------|---|------------|------------|------------|------------|------------|--|
| | | Choisir | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | |
| | | | <p>L'état d'avancement de la réalisation des actions de ce plan n'a pas été mesuré.</p> <p>Écart 7 : Il n'y a pas de suivi de l'avancement des actions prévues à la suite de l'évaluation externe, ce qui compromet la continuité de la démarche qualité exigée par l'article L.312-8 du CASF.</p> | | | | | | |
| 1.4. Gestion de la qualité | 1.4.6. <u>La formalisation d'une politique de promotion de la bientraitance</u> | Choisir | <p>La MAS n'a pas formalisé de politique de lutte contre la maltraitance intégrée au projet d'établissement, celui-ci étant en cours de révision. Le plan de prévention de maltraitance et de promotion de bientraitance fourni par l'établissement a été élaboré par une fondation tierce. Elle ne fait référence à APF ou à ce qui est mis en œuvre au sein de l'établissement.</p> <p>Écart 8 : La MAS ne répond pas aux exigences de l'alinéa 2 de l'article D.311-38-3 du CASF, qui impose aux établissements d'élaborer une démarche interne de prévention et de lutte contre la maltraitance, au sens de l'article L.119-1 du CASF.</p> | | | | | | |

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations ou commentaires |
|----------------------------|---|------------|--|
| 1.4. Gestion de la qualité | 1.4.7. <u>Le rôle de la direction et de l'encadrement pour promouvoir la bientraitance</u> | | L'établissement a indiqué à la mission s'impliquer activement en faveur de la bientraitance, mais il n'a pas de fiche de poste pour le directeur au sein de laquelle le respect de la bientraitance figure. |
| 1.4. Gestion de la qualité | 1.4.8. <u>La bientraitance en pratique</u> | | <p>Le plan des formations réalisées entre 2018 et 2023 recense des formations pour promouvoir la bientraitance comme en 2023 : « Développer l'estime et la confiance en soi des résidents » ou « Place de la personne et autodétermination »</p> <p>La MAS a transmis à la délégation départementale de Seine-Saint-Denis la cartographie (non datée) suivante des risques de maltraitance</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les points suivants ont comme niveau de maîtrise « moyennement maîtrisé » : <ul style="list-style-type: none"> o « Limitation de la liberté de la personne, privation de l'exercice des droits civiques, d'une pratique religieuse » ; - Les suivants points suivants ont un niveau de maîtrise « assez maîtrisé » <ul style="list-style-type: none"> o « Coups, brûlures, ligotages, soins brusques sans information ou préparation, non satisfaction des demandes pour des besoins physiologiques, violences sexuelles, meurtre, (euthanasie) ; o Vols, exigence de pourboires, escroquerie diverses, locaux inadaptés ; o Dispositif d'appel en cas de chute, barre d'appui, obstacles, protection des escaliers, rampe extérieure, bande de vigilance, exigüité des locaux ; o Sols extérieurs et intérieurs, équipement et mobilier, non accessibilité, éclairage ; o Absence de dispositif ou de protocole de surveillance des accès ; o Absence de maintenance des équipements froids et chauds, rupture de la chaîne de froid » - Les points suivants ont un niveau de maîtrise « peu maîtrisé » <ul style="list-style-type: none"> o « Espaces privés ne permettant pas le respect de l'intimité ; o Absence de sanitaire et douche ou en nombre insuffisant, espace insuffisant pour une accessibilité et une installation confortable, entraves aux circulations, espaces rafraîchis ; o Espace de circulation non sécurisé, signalétique inadaptée, éclairage, difficulté à accéder à l'interrupteur, hauteur et largeur des équipements, mobilier mis à disposition, chauffage inadapté à la température extérieure » <p>Il a été communiqué au cours de plusieurs entretiens que certains professionnels employaient des termes ou un ton inadaptés en parlant des résidents, en communiquant avec ces derniers. Les CR de CODIR [REDACTED].</p> |

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations ou commentaires |
|-----------------|--------------------|------------|--|
| | | | <p>Dans le plan de développement des compétences 2025, il est écrit que [REDACTED] sont inscrits à des formations en lien avec la prévention de risque de la maltraitance, cela ne concerne pas seulement la MAS mais tout le pôle 93. Le document présentant la liste des inscrits était non ouvrable et n'a pu être exploité et revanche les CR de CODIR indiquent que la direction a proposé à au moins un salarié d'y participer. Le contenu de la formation en lien avec la bientraitance traite notamment des postures professionnelles adaptées. Tous les salariés peuvent participer à la formation gestes et postures, mais il n'est pas indiqué que la formation peut être rendue obligatoire.</p> <p>La mission a conscience que l'établissement doit assurer son activité, mais elle insiste sur le fait qu'il est essentiel que des salariés [REDACTED] suivent les formations en lien avec la bientraitance et la lutte contre la maltraitance. D'autant plus que les problèmes de positionnement concernent plusieurs professionnels ([REDACTED] entretiens...)</p> <p>Par ailleurs, certains salariés se sentent en insécurité face aux troubles du comportement de certains résidents et affirment qu'il n'y a pas de formation à ce sujet.</p> <p>La MAS fait remplir à son personnel des grilles d'auto-évaluation des pratiques professionnelles, soit 34 questions telles que : « Je prends le temps nécessaire pour les soins » ou « Je m'applique en réalisant un soin » ou « Je respecte la personne, je ne l'infantilise pas ». Les grilles ont été transmises, mais pas le bilan, ni les actions correctives qui en ont été tirées.</p> <div data-bbox="660 762 2132 836" style="border: 1px solid black; background-color: #e6f2ff; padding: 5px;"> <p>Remarque 12 : Des grilles d'autoévaluation ont été présentées à la mission afin d'identifier par des questions la bientraitance des pratiques d'accompagnement mais la MAS n'en a pas tiré d'actions d'amélioration.</p> </div> <div data-bbox="660 949 2132 1236" style="border: 1px solid black; background-color: #ffe6e6; padding: 5px;"> <p>Écart 9 : Le comportement, les propos et le ton employés par certains professionnels de la structure auprès de certains résidents ne sont pas toujours bienveillants. Cela représente un risque d'atteinte à la dignité des résidents, ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF.</p> <p>Écart 10 : Les formations en lien avec la bientraitance, les gestes et postures ne sont pas obligatoires d'après le plan de développement des compétences. Alors qu'il s'agit d'un enjeu majeur pour les ESSMS. Par ailleurs, aucune formation n'est proposée sur les troubles du comportement. Cela représente un risque pour la qualité de l'accompagnement. L'établissement contrevient à l'article L311-3 du CASF. Le document comportant la liste des participants à inscrire sur la formation relative à la bientraitance n'était pas exploitable.</p> <p>Écart 11 :</p> </div> <p>Un groupe de parole est animé par la psychologue mensuellement, le mois précédent l'inspection cela portait sur la politesse et la bientraitance (entretiens)</p> |

1.5. Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations ou commentaires |
|---|--|------------|---|
| 1.5. Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables | 1.5.1. <u>La direction</u> | | <p>Considérant les comptes rendus des CODIR, il y a une implication de la direction pour la remontée des évènements indésirables, leur suivi, leur résolution voire leur transmission si nécessaire à l'ARS. En revanche, certains d'entre eux n'ont pas été signalés (voir partie EIG). Par ailleurs, les comptes rendus de CODIR démontrent que l'établissement cherche à assurer un service de qualité pour les usagers tout en essayant de lutter contre les difficultés entravant les garanties des droits et de sécurité des usagers. (Voir également partie CODIR)</p> |
| | 1.5.2. <u>Les réclamations, plaintes et enquêtes de satisfaction</u> | | <p>La MAS n'a pas de registre pour consigner et suivre les plaintes et les réclamations remontées par les résidents et leurs proches. Le rapport de l'évaluation externe réalisée en 2023 constatait déjà cette absence.</p> <p>Des [REDACTED] [REDACTED]. La mission s'est intéressée aux réclamations portant sur les trois dernières années :</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> |

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations ou commentaires |
|--|--|------------|--|
| | | Choisir | <p>Toutes les réclamations ont toutefois été clôturées par l'ARS IDF tenant compte des éléments apportés par l'établissement sur ces différents points.</p> <p>Écart 12 : L'absence d'enregistrement systématique des plaintes et des réclamations au sein d'un support unique ne permet pas d'en sécuriser le traitement et le suivi afin de garantir que soient corrigées les éventuelles atteintes aux droits et libertés qui sont les causes potentielles des plaintes. L'établissement contrevient à l'article L311-3 du CASF.</p> |
| 1.5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables | 1.5.3. <u>La procédure de déclaration en interne des événements indésirables (EI)</u> | | <p>La MAS n'a pas de registre numérique pour consigner et suivre les événements indésirables remontés. Cette absence était déjà constatée par les évaluateurs externes dans leur rapport de 2023. Sa pratique est d'imprimer chaque fiche d'événements indésirables et de les ranger dans un classeur : à la demande formulée par la mission, telle qu'elle est formulée à toutes les structures inspectées, d'avoir accès à toutes les déclarations des EI de 2025, 2024 et 2023, le gestionnaire a exprimé que la collecte des informations en lien avec les EI nécessitait du temps.</p> <p>Il a été déclaré à l'ARS les 9 événements indésirables graves suivants (datant d'avant le 13 mars 2025) :</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> |

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations ou commentaires |
|---|--|-------------------------------|--|
| | | | <div style="background-color: black; width: 100%; height: 100%;"></div> |
| | | <p>Choisir</p> <p>Choisir</p> | <p>Les EIG remontés ont été clôturés par les services de l'ARS, ayant eu les réponses attendues de la part du gestionnaire.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #e6f2ff;"> <p>Remarque 14 : L'absence d'un support unique tel un registre numérique pour y consigner les fiches des événements indésirables remontés ne permet pas d'assurer efficacement leur suivi, ni de vérifier la mise œuvre des actions correctives et prévenir ainsi que ces événements indésirables surviennent à nouveau.</p> </div> <p>Les comptes rendus de CODIR démontrent que l'établissement insiste sur le fait que signaler un EI n'est pas une dénonciation, ce qui est positif.</p> <p>Il existe également une charte de protection des salariés déclarant des EI ou dysfonctionnements, elle est relativement complète.</p> |
| <p>1.5. Gestion des risques, des crises et des EI</p> | <p>1.5.4. <u>Le suivi, l'analyse et le retour d'expérience des EI</u></p> | | <p>Si l'EI le nécessite, un retour au déclarant est fait voire une information collective. (entretiens)</p> <p>La MAS a transmis deux comptes rendus de comités réalisés à la suite d'événements graves et notamment le comité du 29 janvier 2024 qui a passé en revue 5 situations de 2023 et 2024 liées aux soins et dont la cause principale identifiée était l'absence de médecin.</p> |

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations ou commentaires |
|--------------------|---|-------------------------------|--|
| | | <p>Choisir</p> <p>Choisir</p> | <p>Un CREX en avril 2024 relatif à [REDACTED].</p> <p>Parmi l'ensemble des événements indésirables graves remontés à l'ARS, tous n'ont pas donné lieu à des comités de retour d'expérience avec réalisation de compte rendu.</p> <p>L'évaluation externe de 2023 a constaté l'absence d'analyse en équipe des événements indésirables et de comptes rendus de ces réunions.</p> <p>Remarque 15 : Les événements graves n'ont pas systématiquement donné lieu à une analyse des causes ou à des comités de retour d'expérience avec la réalisation d'un compte-rendu.</p> <p>Dans le CR du CODIR du 11 mars 2025 [REDACTED]</p> <p>La mission soutient cette production.</p> |
| 1.5.5. | <p><u>Le signalement des EIG aux autorités administratives compétentes</u></p> | <p>Choisir</p> | <p>Si l'établissement démontre une volonté de signaler les éléments indésirables, certains événements n'ont pas été déclarés à l'ARS par exemple [REDACTED], un retard médicamenteux qui a généré de grands vomissements (documents en lien avec les EI, ces EI ne sont pas datés précisément) ... Par ailleurs un professionnel n'a pas répondu à un appel malade pendant plus de 3H alors que la personne ayant appelé nécessite une prise en charge lourde et certains professionnels ont un comportement inapproprié à l'égard d'autres professionnels ou auprès des résidents (CR de réunions CODIR, entretiens), cela a des conséquences sur le fonctionnement de l'établissement.</p> <p>Écart 13 : Certains EIG ou EIAS n'ont pas été adressés à l'ARS, ce qui contrevient à l'article L331-8-1 du CASF et à l'arrêté du 28/12/2016</p> |

2. Fonctions support

2.1. Gestion des ressources humaines

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Observations ou commentaires |
|--------------------------------------|--|--|
| 2.1- Gestion des ressources humaines | 2.1.1. <u>Profils et effectifs des professionnels de la structure</u> ⁴ | <p>Au niveau de la composition des effectifs, la mission se base sur différentes sources d'information : les entretiens, la liste MAS CDI, CDD et autres (sachant que ce document comporte des erreurs au niveau des dates de sortie : par exemple la directrice adjointe, date de sortie 20/03/2024 au lieu de 2025), le Registre unique du personnel, le tableau des effectifs hebdomadaire...</p> <p>Le jour de l'inspection, l'établissement dispose des ressources humaines suivantes :</p> <p>Au niveau administratif :</p> <ul style="list-style-type: none">- ■ directeur d'établissement- ■ directrice adjointe- ■ cadre logistique- ■ psychologue- ■ secrétaire comptable- ■ secrétaire des résidents- ■ assistante de direction- ■ agent comptable/recouvrement <p>Au niveau du service entretien</p> <ul style="list-style-type: none">- Des techniciens des services généraux- Des ASH- ■ lingère <p>Au niveau du service médical et paramédical :</p> |

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Observations ou commentaires |
|-----------------|--------------------|---|
| | | <p>■ ergothérapeute ■ infirmiers</p> <p>Au niveau du service éducatif</p> <ul style="list-style-type: none"> - ■ animateur - Concernant le moniteur éducateur (Il y en a un selon la liste CDI CDD MAS/ mais selon le tableau des effectifs hebdomadaire MAS, il est indiqué que le poste est non pourvu : documents 33-34). Sur les plannings fournis, le moniteur éducateur est présent. Il est possible que le professionnel ne soit affecté que sur le foyer de vie. Il a été précisé qu'un professionnel était en formation de moniteur éducateur, mais la mission n'a pas reçu de documents attestant du suivi - ■ éducateur spécialisé - ■ CESF <p>Au niveau du service auxiliaire de vie, accompagnants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des AMP - Des AS - Des agents de soin <p>Au niveau des services veilleurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ■ IDE - Des aides-soignants <p>La cuisine est externalisée.</p> <p>Il n'y a pas de psychomotricien au sein de l'établissement.</p> <p>La répartition des effectifs entre la MAS et le foyer de vie est parfois confuse. Sur les documents transmis, il est écrit que certains professionnels consacrent ■. Toutefois les entretiens confirment qu'ils peuvent travailler aussi bien sur la MAS que sur le foyer. Or le financeur est différent en fonction des structures.</p> <p>Les comptes rendus de CSE mentionnent la résidence, mais ne font pas suffisamment la distinction entre MAS et foyer de vie, notamment sur les vacances de poste.</p> |

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Observations ou commentaires |
|--------------------------------------|--|--|
| | 2.1.2. <u>Qualifications</u> | <p>Les professionnels socio-éducatifs ou soignants intervenant directement auprès des résidents ne portaient pas systématiquement un badge nominatif le jour de l'inspection, ce qui complexifie leur identification.</p> <p>Remarque 16 : Les professionnels socio-éducatifs ou de soins intervenant directement auprès des résidents ne portaient pas systématiquement de badges nominatifs</p> <p>Écart 14 : Le poste de moniteur éducateur est non pourvu, cela contrevient à l'article D344-5-13 du CASF.</p> <p>Remarque 17 : Sur les documents liés aux effectifs renseignés par l'établissement, il est indiqué qu'un éducateur spécialisé était seulement affecté à la MAS. Pourtant il travaille également sur le foyer de vie.</p> |
| 2.1. Gestion des ressources humaines | 2.1.3. <u>Les postes vacants sur la structure</u> | <p>Concernant les enjeux relatifs aux qualifications des professionnels, voir parties glissements de tâches, fiches de postes et plannings</p> <p>Il y a actuellement ■ postes d'IDE non pourvus (entretiens). Pour compenser les absences, l'établissement emploie des CDD ou des personnes venant d'agence (le type d'agence n'a pas été précisé, mais le coût serait inférieur à une agence d'intérim). Pourtant ils sont qualifiés d'intérimaires d'après certains documents fournis. LE CR du CVS de 2025 indique que les IDE sont au fur et à mesure recrutés en CDI.</p> <p>Il n'y a pas de vacance de poste chez les AS/AES.</p> |
| 2.1. Gestion des ressources humaines | 2.1.4. <u>Les contrats de travail</u> | <p>L'établissement a recours à des CDI, des CDD, des personnes provenant d'agences ou des intérimaires et des libéraux.</p> <p>Le temps ETP des intérimaires et des CDD n'est pas clairement indiqué dans les documents Excel fournis par l'établissement ce qui complexifie le calcul de proportion ETP CDD + ETP intérimaire/ETP CDI.</p> |

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Observations ou commentaires |
|--------------------------------------|---|--|
| 2.1. Gestion des ressources humaines | <p>2.1.5. <u>Le taux d'absentéisme des professionnels et la gestion des absences</u></p> | <p>Le taux d'absence de [REDACTED] sur la résidence en 2024 (document absentéisme ANACT) est relativement faible. Les principaux motifs étant : les accidents du travail, les maladies professionnelles et les absences maladie.</p> <p>Un logiciel métier permet d'identifier les professionnels absents afin d'assurer les remplacements. Une plateforme permet d'avoir recours à des professionnels pour compenser les entretiens et d'après les entretiens cela fonctionne bien.</p> <p>Ce taux était de [REDACTED] en 2022 (source [REDACTED])</p> <p>La procédure de remplacement des absences inopinées des professionnels transmise n'est pas formalisée. Par ailleurs, la procédure transmise n'insiste pas suffisamment sur la nécessité d'assurer les remplacements par des professionnels ayant le même diplôme par exemple : un AS est remplacé par un AS, un AES par un AES...</p> <p>La procédure de conduite de l'activité en date de 2023 est quant à elle formalisée.</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #f8d7da; padding: 5px;"> <p>Écart 15 : La procédure de remplacement des professionnels n'est pas formalisée et n'insiste pas suffisamment sur la nécessité de remplacer un professionnel par une personne disposant du même diplôme. Cela représente un risque pour la sécurité et la qualité de l'accompagnement des résidents. C'est un écart à l'article L311-3 du CASF.</p> </div> |
| 2.1. Gestion des ressources humaines | <p>2.1.6. <u>Le taux de rotation des professionnels</u></p> | <p>Le taux de rotation du personnel sur effectifs réels n'a pas été communiqué à la mission d'inspection sur 2023 et 2024. Il était de [REDACTED] en 2022 (source [REDACTED])</p> <p>Il a été communiqué en entretien que ce taux était élevé du fait de la réorganisation des effectifs lors du changement de direction.</p> |
| 2.1. Gestion des ressources humaines | <p>2.1.7. <u>Les dossiers administratifs des professionnels</u></p> <p>Les professionnels de la structure possèdent-ils les diplômes nécessaires à l'exercice de leurs compétences ?</p> | <p>3 dossiers de professionnels ont été analysés. Ils ne comportent pas systématiquement de fiche de poste nominative, d'attestation de formation AFGSU, de fiche d'aptitude médecine du travail. Certains d'entre eux étaient désordonnés.</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #d1ecf1; padding: 5px;"> <p>Remarque 18 : Les dossiers des professionnels ne sont pas exhaustifs : Certains ne disposaient pas de fiche de poste nominative, d'attestation de formation AGSU ou de fiche d'aptitude de la médecine du travail et certains d'entre eux étaient désordonnés.</p> </div> |

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Observations ou commentaires |
|--------------------------------------|--|---|
| | | <p>Écart 16 : Certains professionnels n'avaient aucune connaissance de l'existence d'un plan de formation, ce qui démontre un manque de communication au sujet des formations que l'établissement propose. L'établissement contrevient à l'article D344-5-10 2° du CASF.</p> <p>Remarque 19 : Certaines formations telles que l'AFGSU sont présentées comme étant non obligatoires sur le plan de développement des compétences.</p> <p>Remarque 20 : Les formations diplômantes ne sont pas répertoriées dans le plan de formation.</p> |
| 2.1. Gestion des ressources humaines | 2.1.10. <u>La procédure d'accueil des nouveaux professionnels</u> | <p>L'établissement reconnaît que l'accueil des nouveaux salariés n'est pas formalisé. Le document adressé relatif à l'accueil des nouveaux salariés est très générique et ne peut être considéré comme un livret d'accueil spécifique à l'établissement. Il a été indiqué lors des entretiens que les nouveaux professionnels ne travaillent pas la nuit et que concernant les nouveaux soignants les tâches sont effectuées en doublon (la période de doublon n'a pas été précisée).</p> <p>Un professionnel de la direction souhaitait que cela soit mis en place dans les prochains mois.</p> <p>Remarque 21 : L'établissement n'a pas formalisé les modalités de l'accueil des nouveaux salariés et ne peut garantir le respect du repère n°4.2.1 « Accueillir le nouveau professionnel et lui donner les moyens de comprendre et de s'adapter aux usagers qu'il accompagne. » issu du document « La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre de la HAS » 2008</p> |
| 2.1. Gestion des ressources humaines | 2.1.11. <u>Les temps d'échange institutionnels organisés (hors temps de transmission)</u> | <p>Plusieurs temps d'échange institutionnels (hors temps de transmission) sont mis en place.</p> <p>- Les réunions d'équipes sont organisées une fois par mois le mardi ou le jeudi. (Comptes rendus CODIR et tableau calendrier des réunions). Y participent le chef de service, la psychologue, les soignants et l'IDE. Certains professionnels estiment que les réunions d'équipe n'intègrent pas suffisamment les professionnels éducatifs, les documents transmis n'indiquent pas non plus leur présence.. Or il a été communiqué à plusieurs reprises qu'il y avait un manque de communication entre les professionnels.</p> |

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Observations ou commentaires |
|--------------------------------------|---|---|
| | | <p>Comme l'indique le codir du 3 décembre 2024, les réunions d'équipes sont faites principalement pour discuter des résidents et des remontées d'informations.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les réunions paramédicales traitent de la prise en charge médicale et paramédicale des résidents et ont lieu normalement tous les deux mois, y participent le directeur, directrice adjointe, les IDE, les orthophonistes, la psychologue, les ergothérapeutes. Les CR indiquent toutefois qu'il y a eu 3 réunions en 11 mois. - Les réunions PAP sont hebdomadaires afin d'actualiser les PAP des résidents. Y participent le psychologue, l'ide, l'ergothérapeute, le CESF, les éducateurs, les animateurs et les soignants. <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Remarque 22 : Le nombre de réunions paramédicales, compte tenu du profil des résidents, est insuffisant.</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Remarque 23 : Les réunions d'équipe ne font pas suffisamment participer le personnel non soignant. Cela ne garantit pas une effective transmission des informations entre les différents corps de métier.</p> </div> |
| 2.1. Gestion des ressources humaines | <p>2.1.12. <u>L'organisation générale du planning des professionnels</u></p> | <p>Il existe un planning qui est formalisé dans un logiciel. Celui-ci est travaillé le 10 au mois n-1, il est demandé aux professionnels de prévenir de leurs absences à ce moment-là, le planning est finalisé le 20 n-1 (entretiens). Selon le procès verbal de la réunion ordinaire du 18 février 2025 CSE, il est écrit que le planning mensuel est signé par le salarié et l'employeur. Un salarié ne peut pas modifier son planning de lui-même.</p> <p>L'établissement a également mis en place un cahier d'organisation des professionnels par usager, il est réalisé généralement 10 jours avant le mois suivant (entretiens et cahier d'organisation transmis), mais celui-ci est amené à évoluer quotidiennement en fonction des imprévus, des rendez-vous médicaux des usagers.</p> <p>Ils ont mis en place une organisation dégradée lorsqu'il manque deux ETP, ce qui est une bonne pratique (cahier d'organisation et entretiens).</p> <p>Les professionnels ne sont pas toujours affectés sur les mêmes résidents, car certains résidents ont des pathologies plus complexes par rapport à d'autres résidents. Ce qui pourrait générer de la fatigue chez les professionnels (entretiens et cahier d'organisation).</p> <p>L'analyse des plannings est très complexe :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le planning transmis par l'établissement ne distingue pas la MAS du foyer de vie, or de nombreux professionnels sont aussi bien amenés sur la MAS que sur le foyer de vie(entretiens), |

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Observations ou commentaires |
|--------------------------------------|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Les lieux d'affectation, étages et les fonctions précises des professionnels ne sont pas présents sur les documents, hormis le SAVS qui est distingué par un code spécifique. - Le planning n'est pas en format Excel - En revanche, il y a bien des codes horaires. <p>La mission remarque la présence d'agents de soins la nuit, notamment sur le planning de mars 2025, or il n'avait pas été précisé à la mission que ces agents pouvaient être présents la nuit lors des entretiens. Des soignants qualifiés sont toutefois également présents.</p> <p>La mission qui a pu consulter le cahier d'organisation de la MAS et s'est focalisé sur trois jours du mois de MARS, c'était cohérent avec la maquette organisationnelle de l'établissement à savoir 8 soignants le matin 6 soignants l'après-midi. Toutefois, la rédaction de la partie organisation matinée ou après-midi n'est pas toujours claire, car elle n'est pas dactylographiée</p> <p>Le roulement des professionnels est généralement sur 7h (plannings, entretiens).</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #e6f2ff; padding: 5px;"> <p>Remarque 24 : Les cahiers d'organisation ne sont pas toujours clairs, car la rédaction n'est pas dactylographiée.</p> </div> |
| 2.1- Gestion des ressources humaines | | |
| 2.1- Gestion des ressources humaines | | |
| 2.1- Gestion des ressources humaines | <p>2.1.13. Les fiches de poste des professionnels</p> | <p>L'établissement a adressé des fiches de postes.</p> <p>Certains professionnels ont communiqué à la mission qu'ils n'avaient pas de fiche de poste.</p> <p>S'agissant des fiches de poste d'agents de soins, il écrit qu'ils viennent en appui du personnel soignant mais il n'est pas écrit que c'est sous condition qu'ils suivent une formation pour devenir AS ou AES.</p> <p>La mission a pris note que plusieurs professionnels suivaient une formation pour devenir AS, mais ce n'est pas indiqué sur le plan de formation.</p> |

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Observations ou commentaires |
|--------------------------------------|--|---|
| | | <p>Le jour de l'inspection les fiches de poste n'étaient pas signées.</p> <p>Remarque 25 : Certains professionnels ne disposaient pas de fiche de poste au jour de l'inspection.</p> <p>Écart 17 : La fiche de poste d'agent de soins indique que les agents de soins exercent en appui du personnel soignant. Or, les fiches de poste des agents de soins ne précisent pas que ces derniers ont vocation à suivre en parallèle une formation diplômante ou une VAE AS/AES. Cela représente donc un glissement de tâche et un risque pour les usagers. Cela contrevient à l'article L311-3 du CASF.</p> |
| 2.1. Gestion des ressources humaines | 2.1.14. Les glissements de tâches | <p>D'après l'analyse documentaire,</p> <p>■ professionnels sont inscrits en tant qu'AES sur le RUP pourtant ils ne disposent pas du diplôme d'état d'AES, mais d'un [REDACTED]</p> <p>Écart 18 : Certains professionnels employés comme AES par l'établissement d'après les documents transmis ne disposent pas du diplôme requis. L'établissement contrevient à l'article D451-88 du CASF</p> <p>Par ailleurs, lors de la visite des locaux, il a parfois été communiqué à la mission que les AMP avaient les mêmes missions que les AS. Il y avait également des ambiguïtés quant aux questions sur les compétences des agents de soins (sans parler d'appui). Les informations étaient toutefois divergentes en fonction des personnes interrogées, par ailleurs, la mission n'a pas assisté à un glissement de tâches lors de la visite et il se peut que les questions aient été mal comprises.</p> |

2.2. Gestion d'information

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations ou commentaires |
|-------------------------------|--|------------|--|
| 2.3. Gestion d'information | 2.2.1. <u>Le registre unique du personnel (RUP)</u> | Choisir | <p>La MAS dispose d'un registre unique du personnel.</p> <p>Parmi les diplômes adressés par l'établissement à la mission, un professionnel n'a pas été retrouvé sur le RUP. Il s'agit [REDACTED]</p> <p>Certaines dates de naissance sur le RUP ne sont pas les mêmes que celles inscrites sur les diplômes. Il n'a pas pu être revérifié avec les fiches de paie car celles-ci n'ont pas été adressées pour l'ensemble des professionnels de la structure.</p> <p>Remarque 26 : Les dates de naissance sur le RUP ne sont pas toujours similaires aux dates de naissance inscrites sur les diplômes.</p> <p>Remarque 27 : Un [REDACTED] (dont le diplôme a été transmis) ne figurait pas sur le RUP de l'établissement.</p> |
| | 2.2.2. <u>LE DUERP</u> | | <p>L'établissement n'a pas mis en place de DUERP (entretiens).</p> <p>Remarque 28 : Il n'y a pas de DUERP au sein de l'établissement.</p> |
| 2.3. Gestion d'information | 2.2.3. <u>Le registre des entrées et sorties des usagers</u> | | <p>La MAS a un registre des entrées et des sorties.</p> |
| 2.3. Gestion d'information | 2.2.4. <u>Le support et le contenu des dossiers des usagers</u> | | <p>Les dossiers des usagers consultés sont en format papier et n'étaient pas complets en ce que tous n'ont pas :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'attestation de remise des documents de la loi 2002-2 ; - Un livret d'accueil, une charte des droits et libertés, un contrat de séjour, un règlement de fonctionnement ayant tous été signés ; - L'attestation d'assurance en responsabilité civile ; - La preuve qu'il a été proposé de désigner une personne de confiance voire l'identité de la personne de confiance elle-même ; - La preuve qu'il a été proposé le recueil des directives anticipées voire les directives anticipées elles-mêmes ; - Le consentement (ou non) pour l'utilisation de leur image. Il existe en revanche d'après les documents transmis une procédure sur le droit à l'image. |

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations ou commentaires |
|----------------------------------|--|------------|--|
| | | Choisir | <p>Écart 19 : Les dossiers administratifs des résidents sont incomplets car tous ne contiennent pas :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'attestation de remise des documents de la loi 2002-2 remis et signés avec le livret d'accueil (contrat de séjour, charte des droits et libertés, règlement de fonctionnement), ce qui contrevient à à l'article L311-4 du CASF) ; - L'attestation de contrat d'assurance garantissant les conséquences pécuniaires de sa responsabilité civile en cas de dommage subis par les tiers et leurs biens alors que plusieurs vols ont été commis en 2023 (article L443-4 du CASF) ; - La preuve de la désignation d'une personne de confiance (article L1111-6 du CSP), - La preuve du recueil des directives anticipées (cf. 5.2. Le respect et la promotion des droits des personnes) ; - La preuve du recueil de leurs autorisation en matière de droit à l'image (article L311-3 alinéa 4 du CASF) |
| 2.3. Gestion d'information | <p>2.2.5. <u>La complétude des dossiers médicaux et analyse des prescriptions médicamenteuses</u></p> | | <p>Population d'étude</p> <p>L'échantillon d'étude comporte quinze résidents choisis par ordre alphabétique à partir du logiciel métier.</p> <p>Les caractéristiques de cet échantillon sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Age moyen [REDACTED] ; - Age médian [REDACTED] ; - Sexe masculin [REDACTED] ; - Durée moyenne de prise en charge : [REDACTED] <p>Complétude dossiers médicaux</p> <p>A) L'analyse de la complétude des dossiers médicaux informatisées visait à :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Etudier les observations médicales : <ul style="list-style-type: none"> o A l'admission ; |

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations ou commentaires |
|--------------------|--------------------|------------|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> o De suivi ; o De la synthèse médicale annuelle ; 2) Etudier des prescriptions médicales : <ul style="list-style-type: none"> o Médicamenteuses ; o De rééducation ; B) L'analyse des observations soignantes avait comme objectif d'étudier : <ul style="list-style-type: none"> o La fréquence des transmissions ciblées ; o L'élaboration du plan de soins ; o L'élaboration du plan d'aides. A) La complétude des dossiers médicaux informatisés <p>Pour analyser la complétude des observations médicales à l'admission des résidents, seuls les dossiers médicaux informatisés des résidents admis depuis l'année 2020 ont été évalués. ■■■■■ ■■■■■ correspondaient à cette sélection. Plusieurs éléments constituant cette observation ont été recherchés, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antécédents personnels et familiaux ; - Mode de vie ; - Histoire de la maladie ; - Allergies ; - Examen clinique ; - Traitement à l'admission ; - Conclusion. <p>L'analyse des antécédents et des allergies des résidents accompagnés n'a pas pu être menée, car dans les dossiers médicaux informatisés étudiés, leur absence n'était pas renseignée. Ainsi, à partir de la saisie actuelle des dossiers médicaux informatisés, il n'est pas possible de savoir si ces éléments ont été évalués ou pas par le médecin.</p> <p>En revanche : le mode de vie, l'histoire de la maladie, l'examen clinique, le traitement à l'admission et la conclusion de l'observation médicale issue de l'anamnèse et l'examen clinique à l'admission sont absents dans les dossiers médicaux informatisés analysés.</p> |

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations ou commentaires |
|--------------------|---|------------|--|
| | | Choisir | <p>Écart 20 : Les observations médicales consignées à l'admission des résidents ne précisent ni la présence ou l'absence des antécédents personnels et familiaux ni les allergies, contexte qui nuit à la sécurité de leur prise en charge et contrevient aux dispositions de l'article L311-3(1°) du CASF.</p> <p>Pour l'analyse <i>des observations médicales de suivi</i>, leur consignation dans le dossier médical informatisé est rythmée par la survenue d'un événement médical intercurrent. En moyenne, une observation médicale par mois y est consignée pour chaque résident. Lorsqu'un événement médical survient chez l'un d'entre eux, les observations médicales sont plus fréquentes en accord avec son évolution clinique.</p> <p>Pour analyser <i>les prescriptions médicales médicamenteuses</i>, les [REDACTED] sélectionnés ont été étudiés. [REDACTED] n'avaient au jour de l'analyse aucune prescription médicamenteuse. Pour les [REDACTED] prescriptions en cours de validité, les composantes réglementaires d'une prescription médicale y sont toutes présentes (i.e. date de prescription, nom du prescripteur, durée de la prescription, dénomination de la molécule médicamenteuse avec sa dénomination commune internationale, sa posologie et sa voie d'administration). Outre l'étude des éléments constituant des prescriptions faites pour les [REDACTED] résidents, l'analyse de la fréquence de prescription des psychotropes, des benzodiazépines et des antalgiques a été menée. [REDACTED] résidents [REDACTED] avaient une prescription de psychotrope réalisée pour une durée de 28 jours. [REDACTED] avaient une prescription de benzodiazépine réalisée pour 28 jours. Sept résidents sur onze avaient une prescription antalgique dont trois de deuxième niveau.</p> |
| | Synthèse médicale datant de moins de 1 an présente dans les dossiers médicaux | | Concernant l'analyse <i>des synthèses médicales annuelles</i> , onze dossiers sur quinze ont été étudiés. En effet, [REDACTED] ont été admis au sein de la structure entre avril 2024 et avril 2025. Un des onze dossiers médicaux informatisés comportait une synthèse médicale annuelle. |

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations ou commentaires |
|--------------------|--|------------|--|
| | | | <p>Écart 21 : : La consignation dans le dossier médical informatisé d'une synthèse médicale annuelle visant à mettre à jour et à synthétiser les informations médicales de chaque résident n'est pas effective. L'établissement contrevient à l'article R344-2(2°) du CASF.</p> |
| | DLU identifié classé ou possibilité d'édition du DLU | | Le DLU est identifié. |
| | Les observations soignantes | | <p>L'analyse des observations soignantes</p> <p>Les <i>transmissions soignantes ciblées</i> se font en moyenne une fois par jour.</p> <p>Les <i>plans de soins</i> ont été élaborés pour [REDACTED] résidents inclus dans l'analyse.</p> <p>Écart 22 : : Un plan de soins n'est pas systématiquement établi pour chaque résident accompagné, ce qui contrevient à l'article L311-1 (3°) du CASF.</p> <p>Les <i>plans d'aide</i> relatifs aux déplacements intérieurs et extérieurs et aux transferts ont été élaborés pour [REDACTED] selon leurs besoins de motilité.</p> |
| | 2.2.6. Le dossier de soins | | |
| | | | <p>Le dossier de soins paramédical est tenu sur un logiciel informatique, le code d'accès unique n'est pas personnalisé et donc pas réellement sécurisé puisque connu de tous (identifiant et mot de passe identique).</p> <p>Les professionnels ont demandé à plusieurs reprises de changer de logiciel car estimé non intuitif et difficile d'utilisation, ce à quoi il leur a été répondu qu'un autre logiciel allait être proposé mais rien ne s'est produit.</p> <p>Le diagnostic infirmier et les transmissions ciblées ne sont pas réalisés par tous les soignants, qui de plus n'utilisent pas tous le logiciel.</p> <p>Ceci entraîne une perte d'information au détriment du résident.</p> <p>Écart 23 : La sécurisation des dossiers de soins et des données confidentielles de l'utilisateur n'est pas effective et contrevient aux articles R4312-35 et L1110-4 du CSP ainsi qu'à l'article L311-3 du CASF.</p> |

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations ou commentaires |
|----------------------------|---|------------|--|
| 2.3. Gestion d'information | 2.2.7. <u>Le support et le contenu des observations des intervenants extérieurs médicaux et paramédicaux</u> | Choisir | <p>Les ergothérapeutes, les orthophonistes, les éducateurs, les psychologues et les animateurs tracent dans le dossier de soin informatisé à l'exception des kinésithérapeutes</p> <p>Remarque 29 : Les kinésithérapeutes ne tracent pas leurs transmissions dans le dossier de soin de l'usager.</p> |

2.3. Bâtiments, espaces extérieurs et équipements

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations ou commentaires |
|---|---|------------|--|
| 2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement | 2.3.1. <u>L'état général du bâtiment</u> | Choisir | <p>L'état général du bâtiment au niveau de l'entretien était satisfaisant au jour de l'inspection.</p> <p>Le gestionnaire écrivait dans le rapport de son EPRD pour 2024 que « en marge de l'activité classique, l'année 2024 verra la mise en œuvre de travaux d'aménagements conséquents au sein de la Résidence, notamment une redistribution des espaces et la création de ■ chambres MAS supplémentaires. La création d'un accueil de jour est également projetée dans le grand hall d'accueil, le dossier architectural est en cours de bouclage. Ces chantiers seront planifiés et séquencés de façon à réduire au maximum les perturbations pour les résidents et les personnels. »</p> <p>Il a été précisé au cours des entretiens que les travaux relatifs à la création ■ nouvelles chambres débutent en avril 2025</p> |
| 2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement | 2.3.2. <u>Le suivi des réparations</u> | Choisir | <p>Pour l'entretien et les réparations du quotidien des locaux, la MAS emploie ■ ainsi qu'un ETP d'agent logistique d'après les entretiens menés.</p> |
| 2.4. Bâtiments, espace extérieurs | 2.3.3. <u>L'accessibilité PMR des locaux</u> | | <p>Les locaux sont accessibles PMR à la condition que les ascenseurs fonctionnent puisque la MAS est sur plusieurs étages et qu'elle accueille des personnes ayant des troubles moteurs, ses</p> |

| Sous-thème IGAS et équipement | Points de contrôle | Conformité | Observations ou commentaires |
|-------------------------------|--------------------|------------|---|
| | | | <p>ascenseurs contribuent à leur mobilité. Or leur dysfonctionnement a rendu nécessaire la programmation de travaux pour leur remplacement.</p> <p>Les ascenseurs fonctionnaient à un rythme extrêmement lent au jour de l'inspection, les CR de CODIR de 2025 soulignent que l'établissement a potentiellement une solution avec une coopérative d'habitation de la ville, mais rien n'est acté. Toutes les personnes interrogées ont confirmé les dysfonctionnements de ces équipements. Le remplacement des ascenseurs est une priorité pour l'établissement.</p> <p>Il a été communiqué au cours des entretiens que le bailleur a donné son accord, les travaux sont prévus pour avoir lieu au cours de l'année 2025, mais la mission n'a pas de preuve concrète à ce sujet.</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #f8d7da; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Écart 24 : Les ascenseurs qui dysfonctionnent représentent un risque pour le droit et la liberté individuels et la sécurité des usagers (L311-3 du CASF).</p> </div> |

2.4. Locaux et équipements

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations ou commentaires |
|---|---|------------|---|
| 2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement | 2.4.1. <u>Fonctionnalité et hygiène des locaux</u> | | L'entretien des locaux est réalisé par une équipe de 3 ASH sous la responsabilité d'une responsable d'hébergement. |
| | 2.4.2. <u>Les chambres</u> | | |
| | Equipement de la chambre ? | | <p>Les chambres sont équipées d'un lit adapté, de meubles de rangement, d'un bureau avec selon les souhaits des résidents : une télévision, un ordinateur et la possibilité de personnaliser la décoration.</p> <p>Les portes sont sécurisées via des badges.</p> <p>Dans le CR du CODIR du 14 janvier 2025, [REDACTED]</p> |
| | Sécurités (fenêtres) | | Quelques fenêtres ont été testées, elles étaient sécurisées. |

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations ou commentaires |
|---|---|------------|--|
| | Sanitaires et salles de bain individuels | | Il ressort des entretiens et de l'observation via l'extérieur de quelques chambres, que des salles de bains et des sanitaires étaient présents. |
| | Système d'appel malade : description, reports, fonctionnel, traçabilité des appels, audits réguliers, action corrective pour non réponses identifiées | | <p>Plusieurs appels malades ont été testés dans plusieurs chambres à plusieurs étages par la mission : tous n'étaient pas fonctionnels et ne donnaient pas lieu à une réponse rapide de la part d'un membre du personnel.</p> <p>Dans la cartographie transmise à la délégation départementale de Seine-Saint-Denis (non datée) des risques de maltraitance, celui relatif aux dispositifs d'appel en cas de chute était évalué comme insuffisamment maîtrisé.</p> <p>Le dispositif d'appels malades dysfonctionne, ce qui représente un risque pour la sécurité des résidents.</p> <p>Le CODIR du 11 mars 2025 insiste sur le fait que l'établissement souhaite se mobiliser [REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>Par ailleurs, Il ressort d'un CR de CODIR de [REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <div data-bbox="1200 995 2132 1129" style="border: 1px solid black; background-color: #f8d7da; padding: 5px;"> <p>Écart 25 : Un appel malade n'était pas fonctionnel et certains d'entre eux ne donnaient pas lieu à une réponse rapide. Cela représente un risque manifeste pour la sécurité de certains résidents. L'établissement contrevient à l'article L311-3 du CASF.</p> </div> |
| | Accueil des personnes par petits groupes au sein d'unités de vie | oui | |
| | Garantissent l'intimité en leur préservant un espace de vie privatif ; | oui | |
| 2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement | 2.4.3. La circulation dans les locaux | | <p>En évaluant les risques de maltraitance dans sa cartographie des risques, la MAS a identifié ceux relatifs aux défauts de sécurité des locaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ces risques ont été évalués comme « assez maîtrisé » |

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations ou commentaires |
|---|-------------------------------------|------------|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> ○ Sols extérieurs et intérieurs, équipement et mobilier, non accessibilité, éclairage ; ○ Absence de dispositif ou de protocole de surveillance des accès ; <p>- Ce risque a été évalué comme « peu maîtrisé » : « Espace de circulation non sécurisé, signalétique inadaptée, éclairage, difficulté à accéder »</p> <p>- Par ailleurs, la mission a constaté qu'au moins un escalier n'était absolument pas sécurisé pour les résidents. Par ailleurs, un CR de réunion paramédicale du 11/02/2025, indique qu'un résident s'est retrouvé coincé dans une cage d'escalier et a « crié à l'aide ».</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Écart 26 : Les locaux ne sont pas pleinement sécurisés notamment certains escaliers qui sont trop facilement accessibles par des résidents ayant un handicap moteur lourd. L'établissement a reconnu lui-même dans son document d'évaluation des risques de maltraitance que l'espace de circulation n'était pas suffisamment sécurisé. L'établissement contrevient à l'article L311-3 du CASF.</p> </div> |
| 2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement | 2.4.4. <u>La salle d'apaisement</u> | | La MAS ne dispose pas de salle d'apaisement. |

2.5. Sécurités


| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations ou commentaires |
|-----------------|--|------------|---|
| 2.5. Sécurités | 2.5.1. <u>Les vaccinations des usagers</u> | | <p>Une campagne de vaccination anti grippale a été réalisée les 20 et 21 novembre 2024. D'après les documents fournis par la structure, ■ des usagers de la MAS (■ refus de résidents) ont été vaccinés après recueil de l'accord des responsables légaux (absence de traçabilité). Ce taux n'est pas satisfaisant pour assurer une protection des usagers.</p> <p>La traçabilité des vaccinations est bien retrouvée à la fois sur une feuille de suivi dédiée et dans le dossier médical du résident mais aucune synthèse annuelle n'a été effectuée.</p> <p>Sur recommandation du neurologue, la vaccination anti-COVID 19 n'a pas été effectuée. Cette vaccination a également été proposée aux salariés en 2024 et seuls ■ d'entre eux se sont faits vaccinés.</p> |

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations ou commentaires |
|------------------|--|------------|---|
| | | | <div style="border: 1px solid black; background-color: #e6f2ff; padding: 5px;"> <p>Remarque 30 : La campagne vaccinale des usagers et également du personnel n'est pas optimale entraînant un taux de vaccination insuffisant.</p> </div> |
| 2.5 Sécurités | 2.5.2. <u>L'aide à la prévention des chutes</u> | Choisir | <p>Au niveau de la MAS [REDACTED] n'est pas en fauteuil roulant. Il n'y a donc pas de barre d'appui dans les espaces de circulation. Des rails sont installées dans certaines chambres d'usagers ainsi que dans les espaces de rééducation. Pour réaliser un récapitulatif des chutes, les soignants peuvent extraire du logiciel de soins mais cela n'est pas effectué systématiquement pour le bilan annuel. Sur l'année 2024 : 35 chutes ont été recensées chez [REDACTED] résidents (documents fournis par l'inspecté).</p> |
| 2.5 Sécurités | 2.5.3. <u>La prévention des fugues</u> | Choisir | <p>Il n'y a pas de bracelet anti-fugue mais l'entrée et la sortie au rez-de-chaussée sont sécurisées.</p> |
| 2.5 Sécurités | 2.5.4. <u>PV de la commission pour la sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public</u> | | <p>Le PV de la commission pour la sécurité a été transmis par l'établissement, il date de juillet 2022 et émet un avis favorable sous réserve que certaines mesures de sécurité soient levées. L'établissement a confirmé à la mission que la commission de sécurité contrôlera à nouveau l'établissement d'ici quelques mois et qu'elle s'y préparait à cet effet.</p> |


3. Prises en charge

3.1. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations ou commentaires |
|--|----------------------------------|-------------------------------|--|
| 3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie | 3.1.1. <u>L'admission</u> | <p>Choisir</p> <p>Choisir</p> | <p>L'établissement dispose d'une procédure d'admission datant de 2020 formalisée qui distingue la MAS du foyer de vie.</p> <p>La MAS utilise [REDACTED] et a indiqué remplir dessus les dossiers uniques d'admission.</p> <p>Le CODIR agit comme une commission d'admission. Il est précisé qu'un refus sera argumenté.</p> <p>Une visite de l'établissement et une présentation de certains professionnels sont garanties.</p> <p>Un bilan pluridisciplinaire est réalisé à l'admission avec la désignation de son référent.</p> <p>Un bilan post-admission est censé être réalisé au bout de 6 mois (« bilan post-admission ») et est alors réalisé le projet personnalisé de la personne. Toutefois, comme écrit plus haut, sa traçabilité dans le dossier informatisé du résident est absente.</p> <p>La MAS notait dans son diagnostic réalisé pour le CPOM 2024-2028 que « les usagers en situation précaire, en risque de rupture et disposant d'un indice de priorité indiqué par la MDPH passent prioritairement en commission d'admission ».</p> <p>La MAS n'a pas de médecin en poste qui puisse donner son avis à l'admission, c'est la raison pour laquelle il n'y a pas de commission d'admission et donc que le CODIR agit comme une commission d'admission. (entretiens). Cela représente un risque pour la garantie d'un accompagnement de qualité.</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #f8d7da; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Écart 27 : L'organisation actuelle des modalités d'admission des usagers ne permet d'obtenir un avis médical préalable, ce qui représente un risque pour une prise en charge qualitative et sécuritaire effective. L'établissement contrevient à l'article L311-3 du CASF.</p> </div> |

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations ou commentaires |
|---|---|------------|---|
| | | | Photo 1 :  |
| 3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie. | 3.1.6. <u>Les transmissions inter équipes</u> Les temps de transmissions inter équipes sont-ils planifiés ? | Choisir | ■ temps de transmission sont organisés au cours de la journée (protocole temps de transmission, planning, entretiens) avec un temps de chevauchement. En revanche les transmissions ne font pas l'objet d'un CR (entretiens), mais les informations importantes sont rédigées sur le logiciel de soins une fois par jour. |
| | 3.1.7. <u>Relations avec la MDPH</u> | | |
| | | | La direction a indiqué à la mission qu'elle connaissait ses interlocuteurs à la MDPH, qu'elle participait aux réunions auxquelles elle était conviée comme des groupes opérationnels de synthèse. |

3.2. Les projets individualisés d'accompagnements

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations ou commentaires |
|--|--|------------|--|
| 3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie | 3.2.1. <u>Les Projets d'accompagnement individualisés (PAI) :</u> | | <p> des PAI, elle pilote les réunions pluriprofessionnelles pour leur réalisation et leur actualisation qui ont lieu le jeudi à 15 h et tient un programme annuel afin que chaque résident renouvelle les siens au moins un fois par an. La MAS a transmis une procédure de mise à jour en 10 étapes de la priorisation des actualisations.</p> <p>Le consentement du résident pour la réalisation de son projet et pour la fixation des objectifs d'accompagnement en fonction des besoins évalués est systématiquement recherché et recueilli</p> <p>Les besoins et les objectifs d'accompagnements sont évalués et fixés à partir d'un panel large de thématiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accompagnement à la vie quotidienne dont les soins d'hygiène, les sorties extérieures, |

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations ou commentaires |
|--------------------|--------------------|------------|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - Accompagnement social dont l'accès aux droits, les démarches en cours, - Alimentation et restauration ; - Communication et échange ; - Coordination, motricité et sensorimoteur ; - Entourage et famille ; - Ergothérapie ; - Insertion professionnelle ; - Logement et hébergement ; - Mobilité et déplacement ; - Orientation ; - Santé et bien-être dont le recueil des directives anticipées ; - Sécurité dont les chutes ; - Vie affective et intimité ; - Vie sociale et culturelle. <p>Chaque résident a un référent. La réalisation et l'actualisation des projets se font en la présence la famille et/ou du mandataire s'ils souhaitent être présents, avec signature à la fin.</p> <p>Au jour de l'inspection, et considérant les PAI transmis, certains résidents n'avaient pas un PAI actualisé depuis un an. La mission a pris note que certains étaient en cours d'actualisation et que certains résidents refusaient un PAI, mais le nombre de PAI non actualisés demeure important : ██████████</p> <p>De nombreux PAI ont été lus par la mission et ceux-ci sont en majorité détaillés.</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #f8d7da; padding: 5px;"> <p>Écart 28 : L'équipe pluridisciplinaire ne peut assurer l'actualisation d'un bilan dont un exemplaire est adressé chaque année à la famille ou au représentant légal par le directeur. En effet, certains projets personnalisés n'avaient pas été actualisés depuis plus d'un an au jour de l'inspection. L'établissement contrevient à l'article D344-5-11 du CASF (2°).</p> </div> |

3.3. Respect des droits des personnes

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations ou commentaires |
|--|---|------------|---|
| | 3.3.1. <u>Les droits et libertés</u> | | <p>La charte des droits et des libertés est rédigée en FALC, ce qui est une bonne pratique.</p> <p>La MAS a auto-évalué son respect des droits et libertés des résidents</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les points suivants ont comme niveau de maîtrise du risque de non-respect « moyennement maîtrisé » : <ul style="list-style-type: none"> o Limitation de la liberté de la personne, privation de l'exercice des droits civiques, d'une pratique religieuse ; - Les points suivants ont un niveau de maîtrise « assez maîtrisé » <ul style="list-style-type: none"> o Coups, brûlures, ligotages, soins brusques sans information ou préparation, non satisfaction des demandes pour des besoins physiologiques, violences sexuelles, meurtre, (euthanasie) ; o Vols, exigence de pourboires, escroquerie diverses, locaux inadaptés ; o Dispositif d'appel en cas de chute, barre d'appui, obstacles, protection des escaliers, rampe extérieure, bande de vigilance, exigüité des locaux ; o Sols extérieurs et intérieurs, équipement et mobilier, non accessibilité, éclairage ; o Absence de dispositif ou de protocole de surveillance des accès ; o Absence de maintenance des équipements froids et chauds, rupture de la chaîne de froid - Les points suivants ont un niveau de maîtrise « peu maîtrisé » <ul style="list-style-type: none"> o Espaces privés ne permettant pas le respect de l'intimité ; o Absence de sanitaire et douche ou en nombre insuffisant, espace insuffisant pour une accessibilité et une installation confortable, entraves aux circulations, espaces rafraîchis ; o Espace de circulation non sécurisé, signalétique inadaptée, éclairage, difficulté à accéder |
| 3.2. Respect des droits des personnes | 3.3.2. <u>Les personnes qualifiées départementales</u> | | |
| | | Choisir | La liste des personnes qualifiées du département a été constatée affichée. |

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations ou commentaires |
|--|---|------------|---|
| 3.2. Respect des droits des personnes | 3.3.3. <u>La personne de confiance des usagers</u> | | |
| | | Choisir | La MAS a une procédure pour proposer et accompagner dans la désignation d'une personne de confiance mais la preuve de cette désignation n'est pas conservée dans les dossiers des résidents (cf. 2.2.5) |
| 3.2. Respect des droits des personnes | 3.3.4. <u>L'identification des usagers (identitovigilance)</u> | | |
| | | Choisir | Certains résidents ont affiché une photographie sur la porte de leur chambre. |

3.4. Vie sociale et relationnelle

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations ou commentaires |
|--------------------------------------|--|------------|---|
| 3.3. Vie sociale et relationnelle | 3.4.1. <u>Relations avec les familles</u> | | |
| | | Choisir | <p>La MAS peut rencontrer des difficultés avec les familles et les proches des résidents mais elle les remonte comme événements indésirables à l'ARS.</p> <p>Les familles peuvent venir voir leurs proches pendant les horaires autorisés (14h à 20h). Elles ont accès à leur chambre, un espace leur est accessible ainsi que la cuisine thérapeutique pour les repas.</p> <p>Plusieurs moyens de communication sont mis en œuvre pour communiquer des informations aux familles comme leur communiquer les PV des CVS ou comme le forum des familles qui s'est tenu le 9 janvier avec la présence des membres du personnel. Les sujets discutés étaient</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les boîtes aux lettres - La qualité de vie ; - Les repas : faits sur place et les résidents ont la liberté de manger ailleurs |
| 3.3. Vie sociale et relationnelle | 3.4.2. <u>Organisation de sortie extérieure</u> | | Cf. 3.5.2 Les activités |

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations ou commentaires |
|--------------------------------------|---|--|--|
| 3.3. Vie sociale et relationnelle | 3.4.3. <u>Vie relationnelle, affective et sexuelle</u> | Choisir Choisir Choisir Choisir | Des formations sont programmées sur cette thématique qui fait partie de celles qui sont évaluées dans les projets des résidents. Elles peuvent donner lieu à des objectifs d'accompagnement. Les professionnels ont une « check-list » des bonnes pratiques de vie affective et sexuelle et de lutte contre les violences sexuelles émanant de l'organisme gestionnaire Aucun atelier faisant participer les usagers sur des sujets en lien avec la vie relationnelle, la vie affective et sexuelle n'a été communiqué/présenté à la mission. Les CODIR de 2025 [REDACTED] <div style="border: 1px solid black; background-color: #e6f2ff; padding: 5px;"> <p>Remarque 31 : Si les CODIR de 2025 mentionnent la mise en place d'ateliers relatifs à la vie relationnelle, sexuelle et affective, ils ne sont pas encore proposés aux usagers.</p> </div> |

3.5. Vie quotidienne

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations ou commentaires |
|---------------------------------------|--|-------------------------------|--|
| 3.4. Vie quotidienne - Hébergement | 3.5.1. <u>Le transport des jeunes</u> | Choisir Choisir Choisir | Pour le transport des jeunes, la MAS dispose de deux véhicules adaptés. |
| 3.4. Vie quotidienne - Hébergement | 3.5.2. <u>Les activités</u> | | La MAS ne réalise pas de fiches synthétiques pour chacune des activités et animations proposées aux résidents afin qu'ils les co-construisent avec le personnel d'accompagnement. La MAS n'a pas de projet d'animation. |

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations ou commentaires |
|--------------------|--------------------|------------|--|
| | | | <p data-bbox="1102 199 2152 239">Un bilan quantitatif a été transmis des animations et des sorties organisées en 2024</p> <div data-bbox="1102 367 2152 853" style="background-color: black; width: 100%; height: 100%;"></div> <div data-bbox="1102 853 2152 1179" style="background-color: #e1f5fe; padding: 5px;"> <p data-bbox="1102 853 2152 957">Remarque 32 : Le pilotage des activités et animations proposées aux résidents et leur bilan sont seulement quantitatifs. La MAS ne dispose pas d'un projet d'animation structuré et reconstruit d'une année sur l'autre.</p> <p data-bbox="1102 957 2152 1021">Elle ne procède pas à une évaluation qualitative des activités, ni pour mesurer la pertinence des actions menées, ni pour apprécier leur reconduction ou leur élargissement dans le temps.</p> <p data-bbox="1102 1069 2152 1179">Remarque 33 : Aucune démarche de co-construction avec les résidents n'a été instaurée pour la définition des activités collectives, limitant ainsi leur participation effective et freinant le développement de leur autonomie.</p> </div> |

3.6. L'hébergement, internat

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations ou commentaires |
|------------------------------------|---|------------------------|--|
| | 3.6.1. <u>Le suivi de l'hygiène corporelle</u> | Choisir Choisir | Du matériel adapté au handicap a été acheté pour effectuer des douches et des bains, les professionnels ont suivi une formation pour l'utiliser à bon escient et avec efficacité sans risque. L'inspecté a fourni les preuves de ces formations dispensées par le fournisseur du matériel aux professionnels. |
| 3.4. Vie quotidienne - Hébergement | 3.6.2. <u>Les changes</u> | Choisir Choisir | Il existe une planification heurée nominative pour les changes des résidents fournie par l'inspecté. Elle est globalement satisfaisante. |

3.7. L'alimentation

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations ou commentaires |
|------------------------------------|--|---|---|
| 3.4. Vie quotidienne - Hébergement | 3.7.1. <u>La conception des repas</u> | Choisir Choisir Choisir Choisir Choisir | La restauration est externalisée, deux salariés du prestataire sont présents à la MAS pour cuisiner les repas des résidents dans la cuisine, au sous-sol. |

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations ou commentaires |
|---|--|--------------------|---|
| 3.4. Vie quotidienne - Hébergement | 3.7.2. <u>Les salles de restauration</u> | Choisir Choisir | Les résidents peuvent prendre leur repas soit dans leur chambre, soit dans le salon du rez-de-chaussée, soit dans la cuisine thérapeutique. |
| 3.4. Vie quotidienne - Hébergement | 3.7.3. <u>Les régimes, textures</u> | Choisir | <p>La mission a constaté que le personnel de la cuisine disposait d'une fiche récapitulant les régimes et les textures des résidents qui sont à respecter.</p> <p>Il faut faire une extraction du logiciel de soins si on souhaite obtenir un document unique tenu à jour et l'éditer.</p> <p>Celui-ci correspond bien à ce qui peut être retrouvé dans le dossier de soins de l'utilisateur.</p> <p>Les régimes alimentaires et les textures modifiées sont prescrits.</p> |
| 3.4. Vie quotidienne - Hébergement | 3.7.4. <u>Les troubles de la déglutition, la gestion des fausses routes</u> | Choisir Choisir | <p>L'orthophoniste réalise les tests de déglutition et les réactualise.</p> <p>Elle peut également intervenir sur demande des soignants.</p> <p>La mission retrouve une formation dispensée en 2022 pour seulement ■ salariés sur les troubles de déglutition dans le plan de formation fourni par l'inspecté pour 2018-2023.</p> <p>Au jour de l'inspection, les professionnels interrogés n'en ont pas bénéficié ce qui ne représente pas une bonne pratique.</p> <p>Aucune procédure de repérage des troubles potentiels de la déglutition n'a été transmise par l'établissement.</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #f8d7da; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Écart 29 : Les professionnels ne sont pas tous formés à la détection des troubles de la déglutition. La dernière formation à laquelle ont participé une partie du personnel présent a eu lieu en 2022 alors que le turn over des professionnels est important. Il n'existe pas de procédure dédiée à cette détection. L'établissement contrevient à l'article L311-3 du CASF.</p> </div> |


| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations ou commentaires |
|---|---|------------|---|
| 3.4. Vie quotidienne - Hébergement | 3.7.5. <u>La qualité des repas, suivi de l'état nutritionnel</u> | | <p>Il existe des commissions des menus tous les 3 mois où assiste une partie des résidents. A ce moment-là leur satisfaction est prise en compte et des réajustements sont opérés. La dernière enquête de satisfaction transmise a été effectuée sur le 1^{er} semestre 2024. L'inspecté a fourni les CR des 3 dernières commissions ainsi que les menus sur les mois de décembre 2024 à mars 2025+ les prévisionnels d'avril et mai 2025.</p> <p>L'inspecté a transmis à la mission un protocole de pesée des résidents daté de juin 2017. Ce protocole, ancien et non réactualisé, n'est pas respecté. C'est le kiné qui se charge de peser les résidents à des fréquences variables (environ 1 fois tous les 2 mois) selon leur état nutritionnel. Le document fourni par l'inspecté est un tableau qui renseigne le poids de usagers sur l'année 2024. Il peut être noté que ■ usagers n'ont jamais été pesés courant de cette année 2024 (sans aucune explication apportée) et aucune information n'est donnée sur le début de l'année 2025. Ce tableau ne mentionne que le poids, pas d'autres indicateurs de l'état nutritionnel comme l'IMC. Au jour de l'inspection le matériel de pesée était en réparation depuis déjà 1 semaine. Il n'existe pas de tableau récapitulatif ni pour le suivi nutritionnel ni pour le suivi des résidents pour qui il est prescrit des CNO (peu cependant sont concernés).</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #f8d7da; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Écart 30 : Le suivi nutritionnel des résidents est aléatoire et incomplet, ceci contrevient à l'article L311-3. (3°) du CASF</p> </div> |

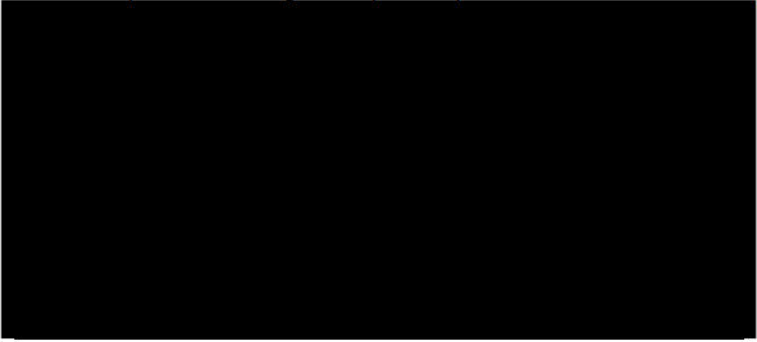
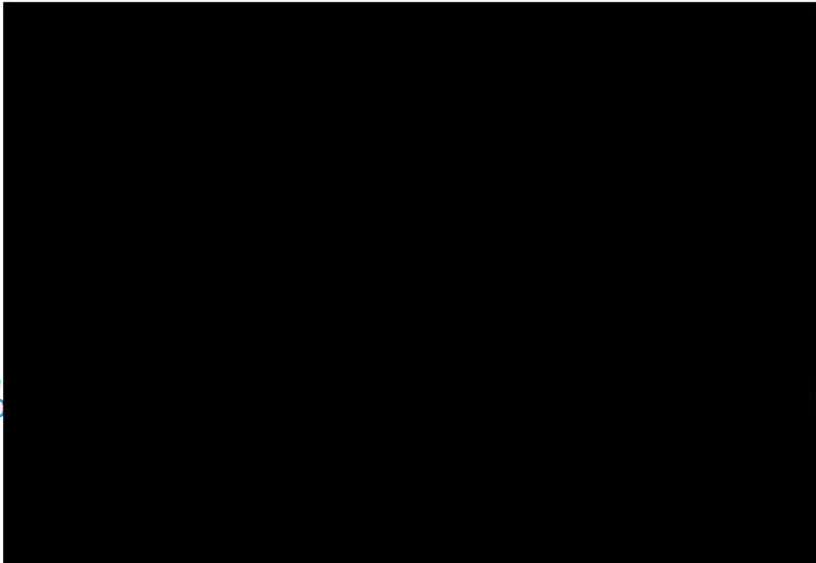
3.8. La dispensation des soins

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations et Constats |
|--------------------|--|------------|---|
| | 3.8.1. L'organisation des soins | | |
| | 1.1.1.1. L'organisation des soins définie par le PE | | |
| | | | <p>Il n'existe pas de projet de soin actualisé bien qu'il soit cité dans le projet d'établissement réactualisé 2021-2026 transmis par l'inspecté.</p> <p>Le projet d'établissement précise les aspects organisationnels des soins mais il n'est pas connu des soignants.</p> <p>Remarque 34 : Les aspects organisationnels des soins du projet d'établissement ne sont pas connus des soignants.</p> |
| | 1.1.1.2. Le médecin chargé de la coordination médicale et soignante | | |
| | | | <p>L'absence de médecin coordonnant les soins et de cadre de santé entraîne des conséquences pour l'établissement. Le CODIR du 11 mars 2025 [REDACTED]</p> <p>La directrice adjointe, de formation soignante, [REDACTED]</p> <p>Il n'y a pas de RAMA réalisé.</p> <p>Les équipes expriment un manque de coordination, d'encadrement et de [REDACTED].</p> <p>La coordination pluridisciplinaire n'est pas optimale, il existe un déficit de coordination médicale.</p> <p>L'offre d'emploi de la cadre de santé a été adressée à la mission, via les annonces en cours, mais le nom de la structure est (APF Foyer de vie), de même sur les sites internet. Alors qu'elle sera censée travailler au sein de la MAS. A ce stade toutes les tentatives de recrutement de cadre de santé n'ont pas abouti (entretiens)</p> |


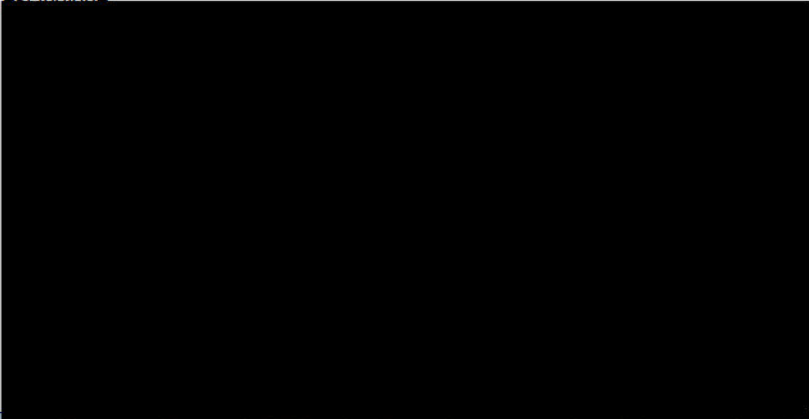

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations et Constats |
|-------------------------------|--|------------|--|
| | | | <p>Écart 31 : L'établissement ne dispose pas de médecin coordonnant les soins, ce qui contrevient aux articles D344-5-3 et 5 ainsi que D344-5-12 et 13 du CASF.</p> |
| 3.8 Champ thérapeutique | 3.8.2. <u>Plannings et continuité des soins</u> | Choisir | <p>Les IDE effectuent des horaires en 12h de 8h à 20h ou 7h-19h.</p> <p>Ceci ne permet pas de transmissions orales avec les équipes de nuit qui arrivent plus tard, seules de très rapides transmissions sont effectuées le matin selon les entretiens réalisés.</p> <p>Depuis peu de temps, les IDE de jour sont toujours à 2 mais ce sont plutôt des vacataires fidélisés</p> <p>Il y a eu [REDACTED]</p> <p>L'équipe de nuit est composée d'1 IDE et de 2 aides-soignants ce qui permet une continuité des soins H24 et 7j/7.</p> <p>En revanche, le reste du personnel est en 8h et les transmissions orales sont alors effectuées au RDC de l'établissement durant 15 min :</p> <ul style="list-style-type: none"> - À 7h30 avec l'équipe de nuit - À 14h30 avec l'équipe d'après midi - À 21h30 avec l'équipe de nuit <p>Les plannings sont réalisés par le supérieur hiérarchique N+1 qui est la cheffe de service et/ou la directrice adjointe (cadre de santé, IDE de formation).</p> <p>Écart 32 : Les horaires des IDE de jour ne permettent pas des transmissions avec l'équipe de nuit, ce qui présente un risque pour l'optimisation de la continuité des soins et qui contrevient à l'article L311-3 (1°et 3°) du CASF.</p> |
| | Délégations par les IDE | | Seule l'aide à la prise si nécessaire est déléguée aux accompagnants par les IDE. |
| | Organisation pour les transmissions quotidiennes | | |

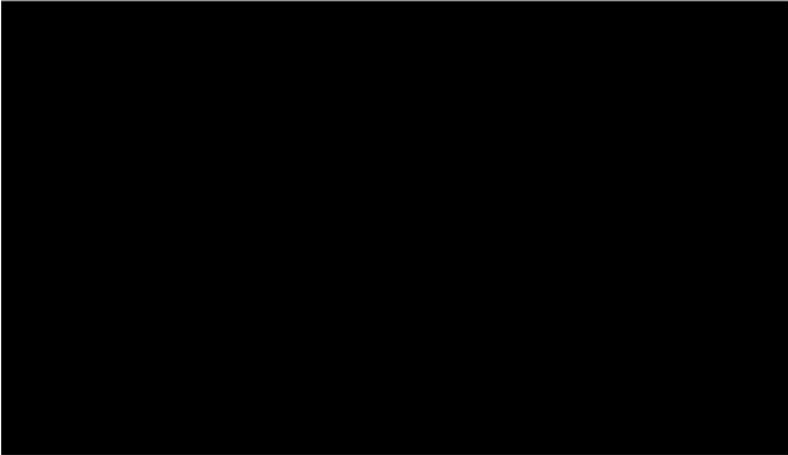
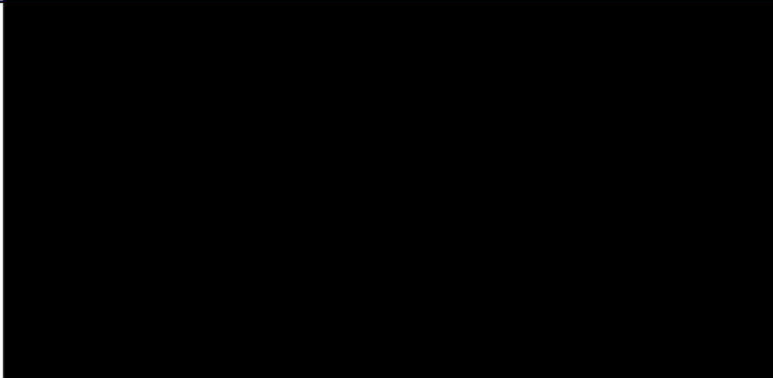
| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations et Constats |
|-------------------------------|-----------------------------|------------|---|
| | | | |
| 3.8 Champ thérapeutique | <u>L'infirmierie</u> | Choisir | <p>L'infirmierie et la pharmacie de réserve se trouvent au 1^{er} étage, leur accès est sécurisé par une clé.</p> <div data-bbox="1261 400 2085 911" style="border: 1px solid black; height: 320px; width: 100%;"></div> <p>Les locaux sont dans un état médiocre et en désordre. Une fuite d'eau sous l'évier non gérée a engendré des dégâts.</p> |

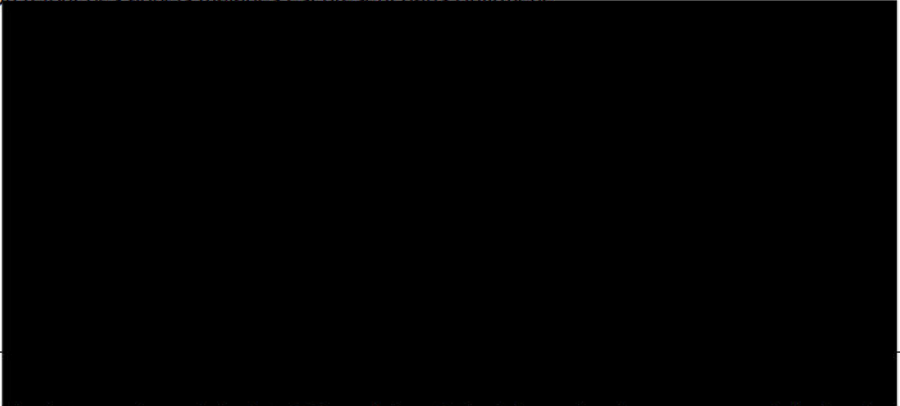
| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations et Constats |
|--------------------|---|------------|---|
| | Paillasse monobloc avec « coup de torchon » intégré, | Choisir |  <p data-bbox="1193 730 2134 799">Remarque 36 : Un dégât des eaux est apparent au sein de l'infirmierie et celle-ci était en désordre le jour de l'inspection.</p> <p data-bbox="1193 810 1895 842">Les paillasses très encombrées ne permettent pas un bionettoyage aisé.</p> <p data-bbox="1193 863 2134 932">Remarque 37 : Les paillasses de l'infirmierie sont encombrées et ne permettent pas un bionettoyage aidé.</p> |
| | Lave main avec robinet et savons commandés au coude | | Le lave mains et le savon ne disposent que d'une commande manuelle. |
| | Chariot de soins avec matériels pour : dosage de la glycémie, prise de température, prélèvements sanguins, pansements. Chariots de médicaments | | Les chariots de soins sont en mauvais état et non sécurisés. (voir écart ci-dessous) Il en existe un pour la dispensation des médicaments et un autre pour les pansements ou autre soin. |
| | Produits d'hygiène (solution hydro alcoolique | | On retrouve bien le jour de l'inspection, les produits d'hygiène nécessaire et notamment du SHA mais tous ne comportent pas la date d'ouverture. Remarque 38 : La date d'ouverture des produits d'hygiène n'est pas apposée sur tous les flacons ouverts. |
| | Poste informatique relié au réseau avec imprimante | | Il n'existe qu'un poste informatique avec imprimante pour effectuer les transmissions et la traçabilité des soins pour l'ensemble du personnel ce qui est insuffisant. |

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations et Constats |
|--------------------|---|------------|---|
| | | | <p>Remarque 39 : Les professionnels ne disposent que d'un seul poste informatique pour assurer les transmissions et la traçabilité des soins, ce qui est insuffisant..</p> |
| | Réfrigérateur avec thermomètre (température tracée) | Choisir | <p>La traçabilité de la température du réfrigérateur pour les produits thermosensibles n'est pas suivie</p>  <p>Remarque 40 : La traçabilité de la température du réfrigérateur pour les produits thermosensibles n'est pas effective.</p> |
| | Une réserve de pharmacie est-elle présente dans l'infirmierie ? | | <p>Il existe bien une pharmacie de réserve dans l'infirmierie hors PDA dont la porte d'accès est correctement sécurisée via des serrures à clé. La clé est gardée par l'IDE présente. Celle-ci contient à la fois :</p> <p>-</p>  |

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations et Constats |
|--------------------|--------------------|------------|---|
| | | Choisir | <p><i>Photo 5 : Réserve dans la pharmacie des traitements des usagers</i></p> <p>- La d - Le c code</p> <p>clé à</p> <p>Il existe dans le bureau de la cadre de santé, accessible 24h/24, 5 sacs d'urgence dont 4 comportent un scellé mais sans intérêt puisqu'il est possible de les ouvrir sans retirer ce scellé et avec grande facilité ; et le dernier qui est vide. Les 4 sacs contiennent des médicaments per os mais la majorité sont périmés ; il en est de même pour les bandelettes du glucometer.</p> <p>Une réclamation datant du 27/09/2022 sur ce sujet avait été effectuée Le classeur pour le suivi des dates de péremption des sacs d'urgence et leur vérification n'est pas tenu à jour. Les entretiens ont signalé que les sacs d'urgence étaient présents que depuis l'an passé et que c'est la directrice adjointe qui les avait mis en place.</p> <p>Écart 34 : Les sacs d'urgence contiennent des médicaments périmés ce qui contrevient à l'article R4312-38 du CSP et à l'article L311-3 du CASF.</p> |

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations et Constats |
|--------------------|-----------------------|------------|---|
| | | | <div data-bbox="1211 453 1352 480" style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> Photos 8:  </div> |
| | Matériel d'aspiration | | <p>Il existe deux matériels d'aspiration différents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le premier se trouve dans le bureau de la cadre de santé qui jouxte l'infirmerie mais n'est pas fonctionnel. - Le deuxième se trouve au niveau de la salle de restauration en bon état de fonctionnement et est indiqué. <div data-bbox="1263 746 2069 1166" style="background-color: black; width: 100%; height: 100%; margin: 10px 0;">  </div> <div data-bbox="1196 1166 2136 1230" style="background-color: #e1eef6; padding: 5px;"> <p>Remarque 41 : Un matériel d'aspiration qui se trouve dans le bureau réservé au cadre de santé n'est pas fonctionnel.</p> </div> |
| DAE | | | <p>Le DAE qui n'était pas fonctionnel depuis 3 ans ( du fait d'une batterie HS, l'est à présent. Une entreprise assure sa maintenance.</p> |

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations et Constats |
|--------------------|---------------------------------------|------------|---|
| | | | <p>Cependant, aucune signalétique indique son emplacement et il n'est pas non plus indiqué pour information dans l'infirmierie où il se trouve.</p>  <p>Écart 35 : La signalisation de l'emplacement du DAE n'est pas effective et cela contrevient à l'arrêté du 29 octobre 2019 et également à l'article R157-2 du CCH.</p> |
| | <p>Bouteille O2 Extracteur O2</p> | |  <p>La bouteille d'oxygène qui se situe dans la réserve de la pharmacie est vide.</p> <p>Écart 36 : La bouteille d'oxygène qui se situe dans la réserve de la pharmacie est vide. Cela représente un risque pour les résidents. L'établissement contrevient à l'article L311-3 du CASF.</p> |

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations et Constats |
|-------------------------------|--|------------|--|
| | | | La société SOS O2 prête à la structure 3 extracteurs (1 en chambre et 2 sont présents en réserve). |
| | ECG | | Il n'y a pas d'appareil à ECG sur la structure. |
| | Poubelle et container DASRI | | Les OPCT ont bien une date d'ouverture notée. Les DASRI pleins sont stockés au sous-sol dans une salle conforme avant enlèvement |
| | Trombinoscope des résidents. | | Oui il en existe bien un mais qui n'est pas toujours actualisé. |
| | Annuaire des principaux correspondants (établissements de santé, garde médicale 14, LBM, pédicures), consignes AES | | <p>Concernant les affichages présents dans l'infirmierie : on retrouve bien une liste de <i>numéros utiles</i>, les numéros des astreintes, de la pharmacie, des médecins traitants, du LBM, des ambulances, des établissements de santé...</p> <p>En revanche il n'est pas retrouvé affichées les consignes en cas d'AES.</p> <div data-bbox="1193 651 2134 810" style="border: 1px solid black; background-color: #e6f2ff; padding: 5px;"> <p>Remarque 42 : L'absence d'affichage des consignes en cas d'AES ne répond pas aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles et à l' Arrêté du 10 juillet 2013 relatif à la prévention des risques biologiques auxquels sont soumis certains travailleurs susceptibles d'être en contact avec des objets perforants et l'article R4424-11 du code du travail.</p> </div> |
| | Tableau mural des retours des appels malades . | | <p>Un retour des appels malades est présent dans l'infirmierie.</p>  |
| 3.8 Champ thérapeutique | 3.8.5. Gestion des urgences médicales | | <p>Il n'existe pas de conduite à tenir formalisée relative à la gestion des urgences médicales. Les soignants sont amenés à faire le 15 et à «se débrouiller» comme ils l'ont indiqué lors des entretiens le jour de l'inspection.</p> |

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations et Constats |
|-------------------------------|---|--|---|
| | | | <p>Il existe toutefois un document intitulé «les premiers gestes d'urgence» dans le classeur du chariot d'urgence mais celui-ci n'étant ni daté, ni validé ni signé, ne peut pas faire office de procédure.</p> <div data-bbox="1193 360 2136 461" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Écart 37 : L'établissement ne dispose pas de procédure valide relative à la prise en charge des urgences médicales. La sécurité et la qualité de l'accompagnement des usagers sont en jeu. L'établissement contrevient à l'article L311-3 du CASF.</p> </div> <p>Il existe 2 fiches réflexes sur la prise en charge d'un arrêt cardiaque auprès du DAE.</p> <p>VOIR POINT AU DESSUS SUR LE CHARIOT D'URGENCE</p> <p>L'ensemble du personnel est formé et réactualisé aux gestes et soins d'urgence.</p> |
| 3.8 Champ thérapeutique | 3.8.6. Les prescriptions de rééducation | | <p>Pour analyser les prescriptions médicales de rééducation, les quinze dossiers sélectionnés ont été étudiés. [REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> |
| 3.8 Champ thérapeutique | Les supports de transmissions écrites des prestataires extérieurs | <p>Choisir</p> <p>Choisir</p> <p>Choisir</p> | <p>La structure bénéficie de l'intervention de plusieurs prestataires extérieurs, des paramédicaux libéraux : kinés (3), orthophoniste et ergothérapeute.</p> <p>La structure a également recours à 2 IDE libérales pour 2 des usagers.</p> <p>Tous ont un accès facilité au dossier de soins informatisés et y effectuent leur transmission.</p> |

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations et Constats |
|--------------------|---|----------------|---|
| | <p>1.1.1.3. Les procédures et protocoles de soins</p> | | <p>Il existe bien un classeur dans le poste de soin avec quelques procédures et protocoles mais la plupart d'entre elles sont très anciennes (beaucoup datent d'avant 2020: 2012, 2014 et 2017) et absolument pas actualisées.</p> <p>Les soignants présents le jour de l'inspection déclarent d'ailleurs ne pas s'y référer.</p> <p>En cas de besoin, notamment urgent, ils appellent le 15 pour avis et conseils.</p> <p>Voci les documents que l'inspecté a transmis à la mission :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protocoles en cas de crise d'épilepsie (novembre 2024) - Protocole de pesée des résidents (juin 2017) - Protocole douleur (février 2023) - Procédure évaluation et prévention des chutes (décembre 2022) - Protocole mise en œuvre de contentions (décembre 2022) - Procédure gestion des stupéfiants (dernière version janvier 2023) - Procédure d'accompagnement fin de vie (décembre 2022) <div style="border: 1px solid black; background-color: #f8d7da; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Écart 38 : Les protocoles et procédures de soins présents au sein de la structure ne sont ni actualisés, ni connus de l'ensemble du personnel soignant, ni mis en place, ceci nuit à la qualité et à la sécurité de la prise en charge des résidents. L'établissement contrevient à l'article L311-3 du CASF.</p> </div> |
| | <p>3.8.7. <u>Le traitement de la crise épileptique</u></p> | <p>Choisir</p> | <p>Concernant la procédure de décision de traitement en cas de crise épileptique, il s'agit d'ordonnances pour chaque usager sujet à des crises d'épilepsie réunies dans un classeur qui se situe à l'infirmierie.</p> <p>Il n'existe pas de procédure de délégation de prise en charge en cas de survenue d'une crise épileptique par les IDE aux professionnels formés.</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #f8d7da; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Écart 39 : L'absence de délégation en cas de survenue d'une crise d'épilepsie par les IDE aux professionnels formés ne permet pas de garantir la sécurité des résidents, ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF.</p> </div> <p>La procédure d'administration en cas de crise épileptique est spécifiée sur l'ordonnance nominative.</p> <p>Il existe des produits adaptés disponibles.</p> |

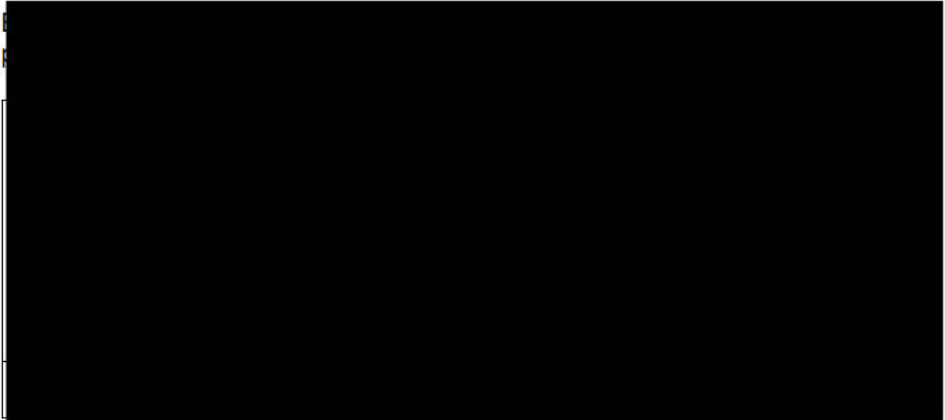
| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations et Constats |
|--------------------|---|------------|--|
| | 3.8.8. La prévention des escarres | | <p>Il n'existe pas de procédure sur la prévention des escarres</p> <p>Remarque 43 : Il n'existe pas de procédure valide concernant la prévention des escarres.</p> |
| | 1.1.1.4. Le traitement de la douleur | | <p>Il n'a pas été retrouvé par l'équipe d'inspection de protocole douleur mais l'inspecté en a fourni dans les documents transmis qui indique que les échelles d'évaluation de la douleur pour personne non communicante doivent être préférentiellement utilisées.</p> <p>Une évaluation est bien tracée dans le dossier de soin et effectuée par les soignants uniquement pour les usagers sous antalgiques (peu nombreux au jour de l'inspection).</p> |
| | 1.1.1.5. Les soins palliatifs | | <p>Il n'existe pas de convention formalisée avec une HAD de soins palliatifs mais celle-ci peut être mise en place si besoin comme cela est indiqué dans la procédure fournie « accompagnement fin de vie »</p> |
| | 1.1.1.6. Les contentions | | <p>L'équipe d'inspection a retrouvé dans un classeur des ordonnances nominatives de contentions mais qui n'étaient pas réévaluées et donc pas réactualisées contrairement à ce qui est noté dans le protocole « mise en œuvre des contentions » daté de décembre 2022. Dans celui-ci il est bien indiqué que celles-ci sont mises en place pour un délai maximum de 2 mois alors que les ordonnances mentionnent « QSP 3 mois ».</p> <p>Remarque 44 : Les contentions ne sont pas réévaluées et donc réactualisées aux échéances indiquées dans le protocole de mise en œuvre des contentions.</p> <p>Les contentions existantes sont demi-barrière ou barrière et sont à visée de prévention des chutes.</p> <p>L'inspecté a d'ailleurs fourni une procédure « évaluation et prévention des chutes » datée également de décembre 2022. Dans celle-ci, il est demandé d'éditer un rapport annuel, ce qui n'est pas réalisé par l'établissement.</p> |
| | La gestion des épisodes de violence entre usagers | | <p>Il existe une fiche "check list" sur la prise en charge des situations de violence, mais celle-ci se focalise sur les violences sexuelles</p> |

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations et Constats |
|-----------------|-------------------------------------|------------|---|
| | 1.1.1.7. Les accompagnements | | <p>L'accompagnement de l'utilisateur lors d'un besoin de déplacement principalement pour une consultation médicale est planifié et celui-ci bénéficie d'un accompagnant le connaissant.</p> <p>Toutefois, il n'existe pas de fiche pouvant servir de liaison, seul le Dossier de Liaison d'Urgence sert de document de référence (informatisé et dont les données usagers ne sont pas toujours actualisées) et peut être imprimé si besoin à partir du logiciel de soin.</p> <p>Remarque 45 : Les données relatives aux usagers ne sont toujours actualisées dans le DLU</p> <p>L'établissement possède ses propres véhicules de transport pour des sorties en groupe et ceux sont les ambulances ou la famille qui assurent le transport pour les rendez-vous médicaux.</p> |

3.9. Champ thérapeutique : Le circuit du médicament

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations ou commentaires |
|----------------------------|---|------------|--|
| 3.8 Champ thérapeutique | 3.9.1. <u>Le circuit du médicament</u> | | <p>L'inspecté a transmis à la mission un document de 39 pages intitulé « circuit du médicament » dont c'est la première version, daté du 19 décembre 2022 et signé par la directrice et la cadre de santé.</p> <p>Du fait de l'absence de médecin coordonnateur, de cadre de santé, de secrétaire médicale, du turn over des soignants, du manque de coordination et d'animation d'équipe, son application n'est pas satisfaisante et cela compromet la sécurité des usagers dans le circuit du médicament.</p> <p>La procédure « circuit du médicament » contient plusieurs fiches et a été créée en janvier 2024. Cependant elle ne comporte ni date de validation ni signature.</p> |
| | 3.9.2. <u>Prescription</u> | Choisir | <p>Les prescriptions médicales sont réévaluées par le [REDACTED]</p> <p>[REDACTED] de l'inspection n'étaient pas parfaitement informées sur la distinction entre l'aide à la vie courante et les soins dits « médicalisés » qui doivent nécessairement être réalisés par un soignant. Ceci doit être libellé clairement sur la prescription, ce qui n'est pas toujours le cas.</p> <p>Écart 40 : Le manque d'information et de formation du personnel soignant concernant l'aide à la prise des médicaments contrevient à l'article L313-26 du CASF.</p> |

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations ou commentaires |
|--------------------|----------------------------|-----------------------------------|---|
| | | | |
| | 3.9.3. <u>Dispensation</u> | | |
| | | Choisir | <p>La dispensation des préparations des doses à administrer est assurée par l'officine avec qui la structure est censée avoir une convention .(mais elle n'est pas signée, voir partie conventions).</p> <p>La vérification quotidienne des piluliers est effectuée par les IDE de la struture. Les médicaments compatibles (principalement forme sèche) sont livrés en PDA sous blister. Le reste du traitement est préparé par les infirmières (gouttes, multidoses...) La fréquence des livraisons des PDA est hebdomadaire tous les mardis. Cette livraison est alors vérifiée par les IDE présentes le jour de la réception. En cas de souci ou d'erreur, un retour est réalisé par l'infirmière qui a effectué la vérification qui soit appelle la pharmacie conventionnée directement, soit envoi un mail selon le degré d'urgence. Ce sont les IDE qui effectuent la distribution des médicaments après vérification avant la dispensation mais pas avec la prescription originale.</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #f8d7da; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Écart 41 : L'absence de vérification systématique de la prescription des médicaments à distribuer contrevient à l'article R4312-38 du CSP.</p> </div> |
| | 3.9.4. <u>Stockage</u> | Choisir Choisir Choisir | <p>Le stockage des blisters se fait dans la pharmacie sécurisée, chaque usager possède son tiroir nominatif mais l'équipe d'inspection a pu noter des erreurs d'identification relatifs aux traitements des usagers (reconnue par les IDE présentes le jour de l'inspection).</p> |

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations ou commentaires |
|--------------------|---|--|---|
| | <p>3.9.5. <u>Distribution et administration</u></p> | <p>Choisir Choisir Choisir Choisir</p> | <p>Écart 42 : Les casiers nominatifs contenant le traitement des usagers comportent des erreurs d'identitovigilance, ceci contrevient à l'article R5126-109 du CSP</p>  <p>Écart 43 : Les chariots de soins sont en mauvais état et le chariot de médicaments n'était pas fermé le jour de l'inspection ; ceci contrevient à la fois à l'article L311-3(1°) du CASF et à l'article R4312-39 du CSP.</p> <p>Il existe une procédure de gestion des stupéfiants dont la dernière version date de janvier 2023.</p> <p>Il y a des médicaments stupéfiants dans le coffre</p> <p>Il existe bien une indentification jusqu'à l'administration des médicaments qui est réalisée au moment des repas. Les IDE sont présentes au moment de l'administration des médicaments.</p> |

4. Relations avec l'extérieur

4.1. Environnement

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations ou commentaires |
|-----------------------|--|------------|---|
| 4.1. Environnement | 4.1.1. <u>Environnement géographique de la structure (transports, environnement, sécurité)</u> | | La structure est située à quelques minutes à pied des moyens de transport. L'environnement extérieur de la structure est sécurisant. |

4.2. Coordination avec les acteurs de soins

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Conformité | Observations ou commentaires |
|---|---|-------------------------------|---|
| 4.2. Coordination avec les autres secteurs | <p>Accès à :</p> <p>Neurologie</p> <p>Orthopédie</p> <p>Psychiatrie</p> <p>Gynécologie</p> <p>Dentiste ou stomatologiste</p> <p>ORL</p> | | <p>L'établissement dispose d'une convention signée avec un laboratoire de biologie médicale datant de 2012. La mission considère que la reconduction était tacite.</p> |
| | <p>La structure a-t-elle passé des conventions avec certaines structures, officines ?</p> | <p>Choisir</p> <p>Choisir</p> | <p>La convention avec l'officine pharmaceutique transmise par l'inspecté n'est signée d'aucune des deux parties.</p> <p>Remarque 47 : La convention avec l'officine de pharmacie n'est signée par aucune des deux parties.</p> |

5. Récapitulatif des écarts et des remarques

5.1. Écarts

| | | |
|---|---|----|
| <u>Écart 1 :</u> | La MAS ne respecte que partiellement l'arrêté d'autorisation dans la mesure où la place d'accueil temporaire n'est pas installée, ce qui contrevient à l'article L313-1 (1° et 4°) du CASF. | 10 |
| <u>Écart 2 :</u> | Le règlement de fonctionnement de la MAS est incomplet en l'absence des dispositions relatives notamment à l'association de la famille à la vie de l'établissement prévues par l'article R311-35 du CASF. | 12 |
| <u>Écart 3 :</u> | Le projet d'établissement ne contient pas toutes les dispositions suivantes prévues à l'article D311-38-3 du CASF et D344-5-5 du CASF :: | 15 |
| - Les modalités de transmission vers une structure extérieure lors d'une réorientation. Il manque des éléments sur les outils de transmission, les protocoles ou les conventions spécifiques à ce transfert ; | | 15 |
| - Le contenu de la collaboration de l'établissement ou du service avec d'autres partenaires, notamment lorsque la personne est accompagnée par plusieurs structures ; | | 15 |
| - La démarche interne de prévention et de lutte contre la maltraitance. | | 15 |
| <u>Écart 4 :</u> | Il n'est pas prévu de former le personnel aux procédures du plan bleu cette année. Par ailleurs, le CVS n'avait pas été consulté lors de l'élaboration ou la révision des précédents plans bleus, alors que ce sont des obligations prévues par l'article R311-38-1 du CASF. | 16 |
| <u>Écart 5 :</u> | Les dysfonctionnements graves ne sont pas régulièrement présentés au CVS, ce qui contrevient à l'article R331-10 du CASF. | 22 |
| <u>Écart 6 :</u> | La MAS n'a pas actualisé son plan qualité depuis 2018, ni le suivi effectif des actions, pourtant diverses dans leur nature et leur temporalité. Ce qui ne garantit pas le principe de continuité de l'amélioration de la qualité de la MAS, cela représente un risque dans la garantie des droits et libertés individuels au sein de l'établissement. L'établissement contrevient aux articles L311-3 du CASF et L312-8 du CASF | 24 |
| <u>Écart 7 :</u> | Il n'y a pas de suivi de l'avancement des actions prévues à la suite de l'évaluation externe, ce qui compromet la continuité de la démarche qualité exigée par l'article L.312-8 du CASF. | 26 |
| <u>Écart 8 :</u> | La MAS ne répond pas aux exigences de l'alinéa 2 de l'article D.311-38-3 du CASF, qui impose aux établissements d'élaborer une démarche interne de prévention et de lutte contre la maltraitance, au sens de l'article L.119-1 du CASF. | 26 |
| <u>Écart 9 :</u> | Le comportement, les propos et le ton employés par certains professionnels de la structure auprès de certains résidents ne sont pas toujours bienveillants. Cela représente un risque d'atteinte à la dignité des résidents, ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF. | 28 |
| <u>Écart 10 :</u> | Les formations en lien avec la bientraitance, les gestes et postures ne sont pas obligatoires d'après le plan de développement des compétences. Alors qu'il s'agit d'un enjeu majeur pour les ESSMS. Par ailleurs, aucune formation n'est proposée sur les troubles du comportement. Cela représente un risque pour la qualité de l'accompagnement. L'établissement contrevient à l'article L311-3 du CASF. Le document comportant la liste des participants à inscrire sur la formation relative à la bientraitance n'était pas exploitable. | 28 |
| <u>Écart 11 :</u> | L'absence d'enregistrement systématique des plaintes et des réclamations au sein d'un support unique ne permet pas d'en sécuriser le traitement et le suivi afin de garantir que soient corrigées les éventuelles atteintes aux droits et libertés qui sont les causes potentielles des plaintes. L'établissement contrevient à l'article L311-3 du CASF. | 31 |

| | | |
|-------------------|--|----|
| <u>Écart 12 :</u> | Certains EIG ou EIAS n'ont pas été adressés à l'ARS, ce qui contrevient à l'article L331-8-1 du CASF et à l'arrêté du 28/12/2016 | 33 |
| <u>Écart 13 :</u> | Le poste de moniteur éducateur est non pourvu, cela contrevient à l'article D344-5-13 du CASF. | 36 |
| <u>Écart 14 :</u> | La procédure de remplacement des professionnels n'est pas formalisée et n'insiste pas suffisamment sur la nécessité de remplacer un professionnel par une personne disposant du même diplôme. Cela représente un risque pour la sécurité et la qualité de l'accompagnement des résidents. C'est un écart à l'article L311-3 du CASF. | 37 |
| <u>Écart 15 :</u> | Certains professionnels n'avaient aucune connaissance de l'existence d'un plan de formation, ce qui démontre un manque de communication au sujet des formations que l'établissement propose. L'établissement contrevient à l'article D344-5-10 2° du CASF. | 39 |
| <u>Écart 16 :</u> | La fiche de poste d'agent de soins indique que les agents de soins exercent en appui du personnel soignant. Les fiches de poste des agents de soins ne précisent pas que ces derniers ont vocation à suivre en parallèle une formation diplômante ou une VAE AS/AES. Cela représente donc un glissement de tâche et un risque pour les usagers. Cela contrevient à l'article L311-3 du CASF. | 42 |
| <u>Écart 17 :</u> | Certains professionnels employés comme AES par l'établissement d'après les documents transmis ne disposent pas du diplôme requis. L'établissement contrevient à l'article D451-88 du CASF | 42 |
| <u>Écart 18 :</u> | Les dossiers administratifs des résidents sont incomplets car tous ne contiennent pas : | 44 |
| | - L'attestation de remise des documents de la loi 2002-2 remis et signés avec le livret d'accueil (contrat de séjour, charte des droits et libertés, règlement de fonctionnement), ce qui contrevient à l'article L311-4 du CASF) ; | 44 |
| | - L'attestation de contrat d'assurance garantissant les conséquences pécuniaires de sa responsabilité civile en cas de dommage subis par les tiers et leurs biens alors que plusieurs vols ont été commis en 2023 (article L443-4 du CASF) ; | 44 |
| | - La preuve de la désignation d'une personne de confiance (article L1111-6 du CSP), | 44 |
| | - La preuve du recueil des directives anticipées (cf. 5.2. Le respect et la promotion des droits des personnes) ; | 44 |
| | - La preuve du recueil de leurs autorisation en matière de droit à l'image (article L311-3 alinéa 4 du CASF) | 44 |
| <u>Écart 19 :</u> | Les observations médicales consignées à l'admission des résidents ne précisent ni la présence ou l'absence des antécédents personnels et familiaux ni les allergies, contexte qui nuit à la sécurité de leur prise en charge et contrevient aux dispositions de l'article L311-3(1°) du CASF. | 46 |
| <u>Écart 20 :</u> | : La consignation dans le dossier médical informatisé d'une synthèse médicale annuelle visant à mettre à jour et à synthétiser les informations médicales de chaque résident n'est pas effective. L'établissement contrevient à l'article R344-2(2°) du CASF. | 47 |
| <u>Écart 21 :</u> | : Un plan de soins n'est pas systématiquement établi pour chaque résident accompagné, ce qui contrevient à l'article L311-1 (3°) du CASF. | 47 |
| <u>Écart 22 :</u> | La sécurisation des dossiers de soins et des données confidentielles de l'utilisateur n'est pas effective et contrevient aux articles R4312-35 et L1110-4 du CSP ainsi qu'à l'article L311-3 du CASF. | 47 |
| <u>Écart 23 :</u> | Les ascenseurs qui dysfonctionnent représentent un risque pour le droit et la liberté individuels et la sécurité des usagers (L311-3 du CASF). | 49 |
| <u>Écart 24 :</u> | Un appel malade n'était pas fonctionnel et certains d'entre eux ne donnaient pas lieu à une réponse rapide. Cela représente un risque manifeste pour la sécurité de certains résidents. L'établissement contrevient à l'article L311-3 du CASF. | 50 |

| | | |
|-------------------|--|----|
| <u>Écart 25 :</u> | Les locaux ne sont pas pleinement sécurisés notamment certains escaliers qui sont trop facilement accessibles par des résidents ayant un handicap moteur lourd. L'établissement a reconnu lui-même dans son document d'évaluation des risques de maltraitance que l'espace de circulation n'était pas suffisamment sécurisé. L'établissement contrevient à l'article L311-3 du CASF. | 51 |
| <u>Écart 26 :</u> | L'organisation actuelle des modalités d'admission des usagers ne permet d'obtenir un avis médical préalable, ce qui représente un risque pour une prise en charge qualitative et sécuritaire effective. L'établissement contrevient à l'article L311-3 du CASF. | 53 |
| <u>Écart 27 :</u> | L'équipe pluridisciplinaire ne peut assurer l'actualisation d'un bilan dont un exemplaire est adressé chaque année à la famille ou au représentant légal par le directeur. En effet, certains projets personnalisés n'avaient pas été actualisés depuis plus d'un an au jour de l'inspection. L'établissement contrevient à l'article D344-5-11 du CASF (2°). | 56 |
| <u>Écart 28 :</u> | Les professionnels ne sont pas tous formés à la détection des troubles de la déglutition. La dernière formation à laquelle ont participé une partie du personnel présent a eu lieu en 2022 alors que le turn over des professionnels est important. Il n'existe pas de procédure dédiée à cette détection. L'établissement contrevient à l'article L311-3 du CASF. | 62 |
| <u>Écart 29 :</u> | Le suivi nutritionnel des résidents est aléatoire et incomplet, ceci contrevient à l'article L311-3. (3°) du CASF | 63 |
| <u>Écart 30 :</u> | L'établissement ne dispose pas de médecin coordonnant les soins, ce qui contrevient aux articles D344-5-3 et 5 ainsi que D344-5-12 et 13 du CASF. | 65 |
| <u>Écart 31 :</u> | Les horaires des IDE de jour ne permettent pas des transmissions avec l'équipe de nuit, ce qui présente un risque pour l'optimisation de la continuité des soins et qui contrevient à l'article L311-3 (1°et 3°) du CASF. | 65 |
| <u>Écart 32 :</u> | La difficulté de transmission avec les médecins traitants des usagers ne garantit pas la sécurité et la qualité des soins. Cela contrevient à l'article D344-5-3 du CASF. | 66 |
| <u>Écart 33 :</u> | Les sacs d'urgence contiennent des médicaments périmés ce qui contrevient à l'article R4312-38 du CSP et à l'article L311-3 du CASF. | 70 |
| <u>Écart 34 :</u> | La signalisation de l'emplacement du DAE n'est pas effective et cela contrevient à l'arrêté du 29 octobre 2019 et également à l'article R157-2 du CCH. | 72 |
| <u>Écart 35 :</u> | La bouteille d'oxygène qui se situe dans la réserve de la pharmacie est vide. Cela représente un risque pour les résidents. L'établissement contrevient à l'article L311-3 du CASF. | 72 |
| <u>Écart 36 :</u> | L'établissement ne dispose pas de procédure valide relative à la prise en charge des urgences médicales. La sécurité et la qualité de l'accompagnement des usagers sont en jeu. L'établissement contrevient à l'article L311-3 du CASF. | 74 |
| <u>Écart 37 :</u> | Les protocoles et procédures de soins présents au sein de la structure ne sont ni actualisés, ni connus de l'ensemble du personnel soignant, ni mis en place, ceci nuit à la qualité et à la sécurité de la prise en charge des résidents. L'établissement contrevient à l'article L311-3 du CASF. | 75 |
| <u>Écart 38 :</u> | L'absence de délégation en cas de survenue d'une crise d'épilepsie par les IDE aux professionnels formés ne permet pas de garantir la sécurité des résidents, ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF. | 75 |
| <u>Écart 39 :</u> | Le manque d'information et de formation du personnel soignant concernant l'aide à la prise des médicaments contrevient à l'article L313-26 du CASF. | 77 |
| <u>Écart 40 :</u> | L'absence de vérification systématique de la prescription des médicaments à distribuer contrevient à l'article R4312-38 du CSP. | 78 |
| <u>Écart 41 :</u> | Les casiers nominatifs contenant le traitement des usagers comportent des erreurs d'identitovigilance, ceci contrevient à l'article R5126-109 du CSP | 79 |

Écart 42 : Les chariots de soins sont en mauvais état et le chariot de médicaments n'était pas fermé le jour de l'inspection ; ceci contrevient à la fois à l'article L311-3(1°) du CASF et à l'article R4312-39 du CSP. 79

5.2. Remarques

- Remarque 1 : Aucun état des lieux de l'avancement des objectifs inscrits dans le projet d'établissement n'a été réalisé, alors même que plusieurs restent d'actualité. 16
L'absence d'indicateurs précis pour mesurer l'atteinte des objectifs fixés empêche leur évaluation, leur ajustement ou leur remplacement en cas d'inopportunité ou d'irréalisation, ce qui n'est pas conforme à une des recommandations de la HAS formulées dans son guide « *Élaboration, rédaction et animation d'un projet d'établissement* » 16
- Remarque 2 : Le projet d'établissement ne prévoit pas explicitement de stratégie de communication pour assurer la diffusion et l'appropriation du projet par l'ensemble des parties concernées. 16
- Remarque 3 : Sur le projet d'organigramme de l'établissement, les noms des différents professionnels de l'établissement ne sont pas précisés. 17
- Remarque 4 : Les contrats de travail du directeur et de la directrice adjointe n'ont pas été adressés à la mission. 17
- Remarque 5 : Compte tenu d'un contexte marqué par une succession de directions, par une [REDACTED] S. 19
- Remarque 6 : Il n'existe pas de procédure formalisée traitant du remplacement du directeur lorsqu'il est absent. 19
- Remarque 7 : La répartition des astreintes est inégale et la procédure des astreintes n'est pas datée. 20
- Remarque 8 : Le [REDACTED] 21
- Remarque 9 : Le climat social et la communication au sein de l'établissement présentent un caractère fragile, cela est susceptible d'altérer la qualité de l'accompagnement des usagers. 22
- Remarque 10 : La mesure de la satisfaction des résidents relativement à l'hébergement, à l'entretien des locaux, à la qualité des soins, à l'accompagnement dans la vie courante n'est pas réalisée tous les ans et l'affichage des résultats n'était pas effectif. 23
- Remarque 11 : Le référent qualité est directeur de l'établissement. Or, la fiche de mission référent qualité indique que le directeur nomme ce référent. 23
- Remarque 12 : Des grilles d'autoévaluation ont été présentées à la mission afin d'identifier par des questions la bientraitance des pratiques d'accompagnement mais la MAS n'en a pas tiré d'actions d'amélioration. 28
- Remarque 13 : La procédure de signalement des maltraitances comporte des termes qui ne sont plus d'actualité. 29
- Remarque 14 : L'absence d'un support unique tel un registre numérique pour y consigner les fiches des événements indésirables remontés ne permet pas d'assurer efficacement leur suivi, ni de vérifier la mise œuvre des actions correctives et prévenir ainsi que ces événements indésirables surviennent à nouveau. 32

| | | |
|---------------|--|----|
| Remarque 35 : | Le logiciel de soins n'est pas adapté à la transmission sécurisée de l'information | 66 |
| Remarque 36 : | Un dégât des eaux est apparent au sein de l'infirmerie et celle-ci était en désordre le jour de l'inspection. | 68 |
| Remarque 37 : | Les paillasses de l'infirmerie sont encombrées et ne permettent pas un bionettoyage aidé. | 68 |
| Remarque 38 : | La date d'ouverture des produits d'hygiène n'est pas apposée sur tous les flacons ouverts. | 68 |
| Remarque 39 : | Les professionnels ne disposent que d'un seul poste informatique pour assurer les transmissions et la traçabilité des soins, ce qui est insuffisant.. | 69 |
| Remarque 40 : | La traçabilité de la température du réfrigérateur pour les produits thermosensibles n'est pas effective. | 69 |
| Remarque 41 : | Un matériel d'aspiration qui se trouve dans le bureau réservé au cadre de santé n'est pas fonctionnel. | 71 |
| Remarque 42 : | L'absence d'affichage des consignes en cas d'AES ne répond pas aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles et à l' Arrêté du 10 juillet 2013 relatif à la prévention des risques biologiques auxquels sont soumis certains travailleurs susceptibles d'être en contact avec des objets perforants et l'article R4424-11 du code du travail. | 73 |
| Remarque 43 : | Il n'existe pas de procédure valide concernant la prévention des escarres. | 76 |
| Remarque 44 : | Les contentions ne sont pas réévaluées et donc réactualisées aux échéances indiquées dans le protocole de mise en œuvre des contentions. | 76 |
| Remarque 45 : | Les données relatives aux usagers ne sont toujours actualisées dans le DLU | 77 |
| Remarque 46 : | La traçabilité de l'administration des médicaments n'est pas effectuée en temps réel. | 80 |
| Remarque 47 : | La convention avec l'officine de pharmacie n'est signée par aucune des deux parties. | 82 |

6. Conclusion

Le contrôle de la MAS Clothilde Lambrot géré par APF Handicap a été réalisé le 13 mars 2025.

La mission d'inspection tient à souligner plusieurs éléments favorables constatés au sein de l'établissement :

- Les membres de la mission se sont accordés sur la propreté des locaux à tous les étages, incluant celle des chambres (la plupart ont été observées depuis l'extérieur, celles-ci étant majoritairement occupées) ainsi que des salles visitées...
- L'établissement et ses professionnels ont exprimé, le jour de l'inspection, leur volonté de se conformer à la réglementation et aux bonnes pratiques professionnelles.
- L'établissement prend des mesures concrètes contre les résidents commettant des violences.
- Les projets d'accompagnement personnalisés sont pilotés malgré des retards dans l'actualisation de certains d'entre eux.

Toutefois certains points sont à améliorer, voir la liste des écarts et des remarques ci-dessus.

Saint Denis, le 25/08/2025

[Redacted signature]

[Redacted signature]

[Redacted signature]

[Redacted signature]

7. Liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport

AES : Accompagnant éducatif et social

AMP : Auxiliaire médico-psychologique

ARS : Agence régionale de Santé

AVS : Auxiliaires de vie sociale

AS : Aide-soignant

CASF : Code de l'action sociale et des familles

CDD : Contrat à durée déterminée

CDI : Contrat à durée indéterminée

CDS : Contrat de séjour

CNIL : Commission nationale Informatique et Libertés

CNR : Crédits non reconductibles

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CSP : Code de la santé publique

CT : Convention tripartite pluriannuelle

CVS : Conseil de la vie sociale

DADS : Déclaration annuelle des données sociales

DAE : Défibrillateur automatisé externe

DAOM : Déchets assimilés aux ordures ménagères

DASRI : Déchets d'activités de soins à risques infectieux

DASRIA : Déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés

DLU : dossier de liaison d'urgence

DUD : Document unique de délégation

EI/EIGG : Evènement indésirable/évènement indésirable grave

ETP : Equivalent temps plein

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute Autorité de santé (ex-ANESM)

HCSP : Haut-comité de santé publique

IEM : Institut d'éducation motrice

IDE : Infirmier diplômé d'Etat

IDEC : Infirmier diplômé d'Etat coordonnateur

PAI : Projet d'accompagnement individualisé

PACQ : Plan d'amélioration continu de la qualité

PACQSS : Programme d'amélioration continu de la qualité et de la sécurité des soins

PE : Projet d'établissement

PECM : Prise en charge médicamenteuse

PH : Personne porteuse d'un handicap

PMR : Personnes à mobilité réduite

PRIC : Programme régional d'inspection et de contrôle

RDF/RF : Règlement de fonctionnement

RH : Ressources humaines

8. Annexes

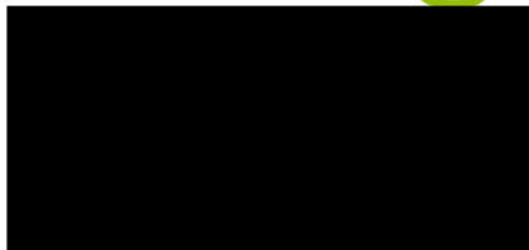
Annexe 1 Lettre de mission des agents chargés du contrôle



Cabinet du Directeur général
Inspection régionale autonomie santé

Délégation départementale de l'ARS
de Seine-Saint-Denis

Direction de l'autonomie



Saint-Denis, le 17 février 2025

Références : 2025_IDF_00016

Objet : Lettre de mission d'inspection – Maison d'accueil spécialisée (MAS) APF CLOTHILDE LAMBOROT

Madame, Messieurs,

Le programme national d'inspection et de contrôle « Prévention et lutte contre la maltraitance dans les établissements et services médico-sociaux (ESMS) pour personnes en situation de handicap avec hébergement / internat. » a été inscrit au programme de travail des agences régionales de santé (ARS) pour 2025. Il s'inscrit dans le cadre de la « Stratégie nationale de lutte contre les maltraitances 2024-2027 ».

Ces contrôles, diligentés sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF) et suivants, ont pour objectifs de :

- Prévenir et lutter contre les maltraitances, prioritairement dans les établissements médico-sociaux (EMS) avec hébergement / internat pour enfants et adultes en situation de handicap ;
- S'assurer de la conformité des conditions d'installation, d'organisation et de fonctionnement aux normes opposables ainsi que de la qualité et de la sécurité des prises en charge des résidents et/ou usagers ;
- Vérifier que les gestionnaires d'ESMS sont en capacité de satisfaire aux buts d'action sociale que leur fixe la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002, et notamment de promouvoir l'autonomie et la protection des personnes (articles L. 116-1 et L. 116-2 du CASF), de respecter les droits et libertés individuels et garantir une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité des résidents et/ou usagers (article 311-3 CASF).

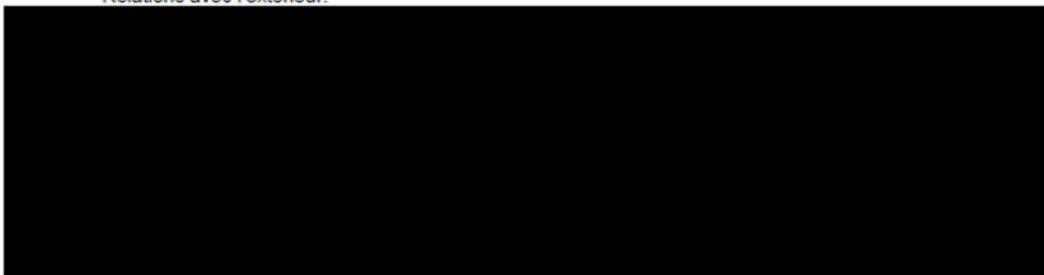
L'EMS MAS APF Clothilde LAMBOROT situé à Pantin (N°FINESS géographique 930022546) a été inscrit dans la programmation de ces contrôles.

Aussi, je vous demande de réaliser une inspection (contrôle sur place) de cet établissement, portant sur les thématiques suivantes :

- Prévention et lutte contre les maltraitances ;
- L'adéquation entre les usagers accueillis et l'autorisation détenue ;
- Gouvernance ;
- La gestion des ressources humaines ;
- Fonctions support ;

13 rue du Landy
93200 Saint-Denis
Tél : 01 44 02 00 00
iledefrance.ars.sante.fr

- L'individualisation de la prise en charge des personnes accueillies ou accompagnées ;
- La prise en charge médicamenteuse (PECM) des résidents ;
- L'application des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) de la Haute Autorité de santé (HAS) et des sociétés savantes ;
- Relations avec l'extérieur.



L'inspection sera réalisée selon les modalités suivantes :

- Mode inopiné, sans information préalable de l'établissement ;
- Présence sur place entre 8 heures et 20 heures⁴.

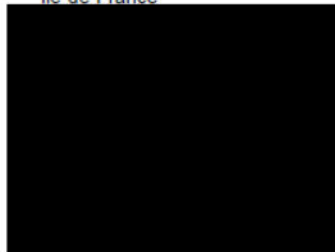
Les dispositions de l'article L.1421-3 du Code de santé publique (CSP)⁵ s'appliqueront. À cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à leur accomplissement. En outre, des entretiens pourront être menés avec les personnes que la mission jugera utile de rencontrer.

A l'issue de la mission, un rapport me sera remis dans un délai de deux mois à compter de la visite sur site. Il sera accompagné d'un courrier de propositions de décisions administratives à l'attention de l'inspecté.

Ce courrier de propositions de décisions fera l'objet d'une procédure contradictoire en application de l'article L.121-1 du Code des relations entre le public et l'administration. Je notifierai les décisions définitives à la clôture de la procédure contradictoire.

Toutefois, si les constats qui seront faits conduisent à la mise en œuvre des dispositions prévues aux articles L. 313-14 et suivants du CASF, une proposition de mesures adaptées me sera transmise dans les meilleurs délais.

Le Directeur général
de l'Agence régionale de santé
Île-de-France



¹ Article L.1421-1 CSP

² Article L.1421-1 CSP

³ Article L.1421-1 CSP

⁴ Art. L.1421-2 du CSP

⁵ Art L.1421-3 CSP : « Les agents mentionnés à l'article L. 1421-1 peuvent recueillir sur place tout renseignement, toute justification ou tout document nécessaires aux contrôles. Ils peuvent exiger la communication et obtenir ou prendre copie, par tout moyen et sur tout support, ou procéder à la saisie des mains qu'ils se trouvent, propres à faciliter l'accomplissement de leur mission et la mise à leur disposition des moyens indispensables pour effectuer leurs vérifications. Pour le contrôle des opérations faisant appel à l'informatique, ils ont accès aux logiciels et aux données stockées, ainsi qu'à la restitution en clair des informations propres à faciliter l'accomplissement de leurs missions. Ils peuvent en demander la transcription par tout traitement approprié dans des documents directement utilisables pour les besoins du contrôle.

Les agents ayant la qualité de médecin ont accès à toutes données médicales individuelles nécessaires à l'accomplissement de leurs missions dans le respect des dispositions de l'article 226-13 du code pénal ».

Cabinet du Directeur général
Inspection régionale autonomie santé

Saint-Denis, le 20/03/2025

Madame,

La maison d'accueil spécialisée (MAS) « Clothilde Lamborot » (Finess 930022546) est située 11 rue de la Liberté à Pantin. Elle est gérée par l'association APF Handicap. [REDACTED]

Une inspection sur site de la MAS, diligentée par l'Agence régionale de santé (ARS) Île-de-France, s'est déroulée le jeudi 13 mars 2025.

[REDACTED]

Le périmètre de la mission d'inspection et les constats faits sur place nécessitent la transmission sécurisée aux fins de contrôles sur pièces de documents contenant des données de santé nominatives (dossiers médicaux et données de certains résidents) et/ou l'accès à distance à ces données intégrées dans le logiciel utilisé au sein de l'établissement pour la gestion du dossier unique informatisé de chaque résident.

En complément de la première lettre de mission et sur la base des articles L1421-1 et 3 du Code de la santé publique, je vous désigne en tant que membre de la mission d'inspection.

La Directrice générale adjointe
de l'Agence régionale de santé
Île-de-France

Annexe 2 Liste et relevé des documents demandés hors tableau RH

Liste non exhaustive des documents à remettre le 28 mars 2025 au soir, dernier délai, à la mission conformément à l'article L1421-3 du code de santé publique

Q1- L'ETABLISSEMENT

T1 - Gouvernance et Pilotage

1. Documents de présentation du gestionnaire – organigramme de la direction générale
2. Organigramme hiérarchique et fonctionnel objectivant les liens entre l'organisme gestionnaire et le directeur de la MAS
3. Comptes rendus (CR) des CODIR avec l'organisme gestionnaire traitant de la MAS et le calendrier des CODIR avec l'organisme gestionnaire 2024-2025
4. Tableau de répartition des résidents présentés à la date du contrôle par unité en format Excel
5. Rapport d'activité 2023 et 2024 si finalisé
6. Comptes rendus des réunions de direction (CODIR) de l'établissement organisés en 2024 et 2025
7. Calendrier des réunions de direction (CODIR) de l'établissement sur 2024-2025

T2 - Le projet d'établissement

8. Projet d'établissement (PE) et la procédure de révision
9. Le ou les PV de validation du PE
10. Le CR de la réunion de présentation du PE en CVS

T3 - Management & Stratégie

11. Organigramme fonctionnel et hiérarchique de la MAS avec les ETP par pôle
12. Comptes rendus de 2024-2025 respectifs des réunions de COPIL, d'encadrement, de service, de coordination, de PPA, entre cadres socio-éducatifs et médicaux et des groupes de travail relatifs à la MAS
13. Tableau calendrier des réunions à remplir
14. Calendrier de ces réunions sur 2025
15. Les procédures de mise en œuvre des astreintes administratives, médico-soignantes et techniques
16. Planning/calendrier de permanence/astreinte de direction, médico-soignantes, éducatives et techniques du mois dernier-du mois en cours et légende des codes utilisés
17. Procédure de remplacement du directeur en cas d'absence ponctuelle et de congés

T4 - Le directeur (et directeur adjoint)

Liste non exhaustive des documents à remettre le 28 mars 2025 au soir, dernier délai, à la mission conformément à l'article L1421-3 du code de santé publique

18. Arrêté de nomination (ou contrat de travail)

19. Document unique de délégation (ou de subdélégation) et liste des personnels bénéficiant d'une subdélégation et copie de chaque documents

20. Fiche de poste ou feuille de route

21. Diplômes

T5 - Pour chaque médecin salarié (médecin traitant/médecin en charge de la coordination)

22. contrat de travail
23. Feuille ou lettre de missions
24. Diplômes
25. Inscription à l'ordre des médecins et au RPPS

T6 - Pour chaque cadre de santé/éducatif

26. contrat de travail
27. Fiche de poste ou feuille de missions
28. Diplômes
29. Inscription à l'ordre des infirmiers et au RPPS (cadre de santé)

Q2- RESSOURCES HUMAINES

T1 - Effectifs

30. Liste nominative des professionnels intervenant au sein de la MAS (CDI/CDD, intérim, prestataires, stagiaires, libéraux etc.) avec les rubriques suivantes : noms et prénoms ; date de naissance ; fonction ; qualification ; unité d'affectation ; dates d'entrée et de sortie de l'établissement) y compris les postes vacants **FORMAT EXCEL non verrouillé**
31. Diplômes de tout le personnel soignant / éducateur salarié de jour (CDI, CDD et intérim présents le mois M) : IDE, AS, ergothérapeute, psychomotricien, AES, AMP plus kinés si salariés... et assistant de service social
32. Diplômes de tous les professionnels salariés de nuit

Liste non exhaustive des documents à remettre le 28 mars 2025 au soir, dernier délai, à la mission conformément à l'article L1421-3 du code de santé publique

33. Tableau de l'état des ETP budgétés et des ETP réels en poste au jour de la visite **FORMAT EXCEL non verrouillé**

34. Tableau des personnels Hebdo à compléter par l'établissement

35. Pyramides des âges des salariés de l'établissement par catégorie professionnelle

36. Taux d'absentéisme des salariés de l'établissement sur les trois dernières années

37. Taux de rotation des salariés de l'établissement par catégorie professionnelle sur les trois dernières années et total

38. Liste des remplacements sur les trois derniers mois (noms et fonctions)

39. Liste des stagiaires & Planning du mois précédant l'inspection, le mois auquel a eu l'inspection et le mois après l'inspection **FORMAT EXCEL non verrouillé**

40. Règlement intérieur de l'établissement et mode(s) de diffusion aux salariés

41. Bulletins de paie de l'ensemble du personnel en fonction au sein de la MAS des trois derniers mois à la date de l'inspection

42. Copie du registre unique du personnel

43. Comptes rendus CSE 2024-2025

T2 - Coordination des équipes

44. Planning (nominatif et fonction) mensuel de tous les personnels médicaux, paramédicaux, soins et éducateur/accompagnement assistant de service social/jour/nuit : de janvier, février, mars 2025 et le planning prévisionnel du mois d'avril 2025, (y compris les temps de transmission) + légende des codes utilisés **FORMAT EXCEL non verrouillé**

45. Procédure d'organisation type des personnels soins par unité ou secteur (effectifs attendus chaque jour pour chaque catégorie de professionnel soins) et leurs horaires (roulement/hebdo)

46. Bilan social (s'il a été établi)

47. Procédure d'affectation par unité ou secteur et fréquence de rotation interne

48. Procédure de remplacement des absences inopinées du personnel

49. Procédure d'attribution des heures supplémentaires

Liste non exhaustive des documents à remettre le 28 mars 2025 au soir, dernier délai, à la mission conformément à l'article L1421-3 du code de santé publique

50. Fiche de poste de chaque catégorie de professionnel : IDE, AS, ASG, AES, AMP, Auxiliaires de vie (ou autres appellations) et ASH pour les horaires de jour et de nuit, et animateur, assistant social, psychologue, éducateurs, kiné, ergothérapeute...

51. Les fiches de tâches horaires des IDE, AS/AES (AMP/Auxiliaires de vie), éducateurs et ASH de jour et de nuit

52. Offres d'emploi actuelles

53. Documents relatifs aux incitations au recrutement

54. Procédure(s) et livret(s) d'accueil des nouveaux professionnels salariés et des intervenants extérieurs

55. Tableau des professionnels médicaux/paramédicaux libéraux intervenants dans l'établissement **FORMAT EXCEL non verrouillé**

56. Convention des professionnels médicaux/ paramédicaux libéraux intervenant dans l'établissement datée et signée par l'ensemble des parties

57. Tableau des personnels associatifs intervenants dans l'établissement

58. Convention des associations intervenant dans l'établissement

59. Convention des prestataires intervenant dans l'établissement (coiffeur, pédicure...)

60. Protocoles temps de transmission

T3 - Développement des salariés

61. La Politique de GPEC

62. Plan de formation réalisé 2023-2024 (formations continues, diplômantes dont VAE) et listes d'émargement

63. Plan de formation N (formations continues, diplômantes dont VAE) 2025 et listes d'émargement (s'il y en a déjà eu)

Q3- QUALITE & BIEN-ETRE

T1 - Evaluation

64. Rapport et synthèse de la dernière évaluation interne (autoévaluation désormais)

T2 - Plan amélioration continue de la qualité

65. Fiche de mission du référent Qualité, incluant son nom

66. Le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)

67. Le CR de la réunion de présentation du PACQ en CVS

68. Le tableau de bord de suivi et d'évaluation du PACQ

69. La liste des membres du COPIL de rédaction et/ou de suivi du PACQ

Liste non exhaustive des documents à remettre le 28 mars 2025 au soir, dernier délai, à la mission conformément à l'article L1421-3 du code de santé publique

Liste non exhaustive des documents à remettre le 28 mars 2025 au soir, dernier délai, à la mission conformément à l'article L1421-3 du code de santé publique

| | |
|--|--|
| 70. La liste des fiches actions du PACQ | |
| 71. Les fiches actions du PACQ | |
| 72. Les CR 2024 des réunions du COPIL PACQ | |
| 73. Le calendrier 2025 des réunions COPIL PACQ | |
| T3 - Processus de déclaration et de gestion des événements indésirables dont ceux liés aux soins et processus liés aux réclamations | |
| 74. Procédure présentant le type d'événement indésirable à déclarer et modalités de déclaration | |
| 75. La procédure de gestion des événements indésirables liés à la prise en charge médicamenteuse | |
| 76. Procédure présentant le type d'EIG à déclarer et modalités de déclaration aux autorités | |
| 77. Protocole de gestion et d'analyse des EI-EIG et EIAS et protocole de gestion et d'analyse des réclamations | |
| 78. Charte de protection des salariés déclarant un EI et mode(s) de diffusion aux salariés | |
| 79. Extraction EXCEL du registre d'enregistrement des EI déclarés en interne pour 2022, 2023, 2024 (ou accès à distance) et liste des retours d'expérience (RTEX), comité de retour d'expérience (CREX) | |
| 80. Registre des EI, EIAS, EIG, EIGAS déclarés et interne plus ceux qui ont été déclarés aux autorités de contrôle (accès à distance ou Excel) | |
| 81. Registre des plaintes et réclamations émanant des résidents/familles 2023, 2024, 2025 (accès à distance ou Excel) | |
| 82. Récapitulatif des événements indésirables, réclamations, plaintes recensés en 2023,2024 en précisant : date, motifs et si déclarés ou non à ARS/CD | |
| 83. Comptes rendus des réunions d'analyse, de suivi et de retour d'expérience (CREX) organisés en 2023, 2024 et 2025 suite à des plaintes et réclamations et suite à des événements indésirables et plans d'action correctifs mis en œuvre | |
| 84. | |
| T4 - Lutte contre la maltraitance | |
| 85. Politique de promotion de la bientraitance et prévention de la maltraitance & Charte de la bientraitance | |
| 86. Procédures, supports et documents relatifs à la promotion de la bientraitance et à la prévention de la maltraitance (y compris les procédures contre les agressions) | |
| 87. Fréquence de l'enquête "autoévaluation des salariés sur la maltraitance" et résultats | |
| 88. Calendrier des groupes d'amélioration des pratiques professionnelles (GAPP) ou autres types de partages de l'expérience professionnelle, ainsi que le compte rendu des réunions sur l'année 2024 et 2025 | |
| 89. Liste des Formations à la bientraitance et/ou à la prévention de la maltraitance 2023 et 2024 et prévisionnel sur 2025 | |

| | |
|---|--|
| 90. Attestations de suivi de stage des personnels concernés ou listes d'émargement 2023 et 2024 | |
| 91. Procédure(s) de gestion des comportements problématiques | |
| 92. PPA des personnes orientées suite à un GOS (situation complexe) par la MDPH en 2022, 2023, 2024 et 2025 situations complexes | |
| 93. Protocoles d'accompagnement médicaux et éducatifs personnalisés en cas de troubles du comportement et de comportement problématique | |
| 94. Procédure et protocole(s) d'utilisation de la salle « calme » ou « retrait » avec le tableau en traçant le recours en 2023, 2024 et 2025 | |
| 95. Mesures de soutien des professionnels face aux comportements problématiques : référence, formations, supervision, etc. | |
| 96. Partenaires et appuis sollicités en cas de cas complexe | |
| 97. Comptes rendus des réunions d'analyse, de retour d'expérience suite à des comportements problématiques | |
| T5 - Prévention des risques | |
| 98. Plan Bleu et plan de continuité et de reprise de l'activité de l'établissement | |
| Q4- ACCOMPAGNEMENT & PRISE EN CHARGE | |
| T1 - Documents pour l'accompagnement | |
| 99. Liste nominative des résidents par chambre admis au jour de l'inspection avec leur date de naissance ou âge, date d'entrée, bénéficiaire aide sociale, sous protection juridique et leur GIR FORMAT EXCEL non verrouillé | |
| 100. Liste d'attente d'admission | |
| T2 - Projets individualisés | |
| 101. Procédure mise en œuvre pour la réalisation d'un projet de vie individualisé (PVI) ou d'un projet d'accompagnement personnalisé (PAI) | |
| 102. Calendrier de mise à jour/réévaluation des PVI ou des PAI 2024-2025 | |
| 103. Modèle type de PVI | |
| 104. L'ensemble des PAI des résidents classés par ordre alphabétique | |
| T3 - Animations/activités | |
| 105. Plannings individuels et collectifs des animations des 3 derniers mois | |
| 106. 2 derniers CR des commissions animations | |
| 107. Bilan annuel des animations /activités 2024, planning 2025 et projet d'animation actualisé | |

| | |
|--|--|
| 108. Conventions avec les partenaires culturels et sportifs (prestataires animation, bénévoles...) | |
| 109. Chartes des bénévoles | |
| Q5- DROITS DES PERSONNES | |
| T1 - Accueil des usagers | |
| 110. Règlement de fonctionnement | |
| 111. Livret d'accueil des nouveaux résidents + charte des droits des personnes accueillies | |
| 112. Procédure d'information des résidents concernant la désignation d'une personne de confiance | |
| 113. Procédure d'information des résidents et des familles concernant la protection juridique d'un majeur | |
| 114. Procédure d'information concernant le recours à une personne qualifiée et la liste des personnes qualifiées | |
| 115. Dernière enquête de satisfaction auprès des usagers et de leurs familles (dont enquête de satisfaction relative à la restauration des résidents) avec analyse du résultat 2023, 2024 et plan d'action | |
| 116. Contrats de séjour selon les modalités d'accueil (hébergement permanent, temporaire, accueil de nuit...) et ses annexes dont "droit d'aller et venir" | |
| 117. Comptes rendus des réunions avec les familles (3 derniers) | |
| 118. Deux derniers CR de la commission restauration | |
| 119. Menus prévisionnels et réalisés des 3 derniers mois (et menus de substitution) | |
| 120. Pratiques d'accompagnement à la sexualité, à la fin de vie et à la citoyenneté | |
| T2 - CVS | |
| 121. Liste des membres du CVS et PV de la dernière élection | |
| 122. Coordonnées des membres du CVS et des représentants des familles | |
| 123. Règlement intérieur du CVS | |
| 124. Comptes rendus des réunions des CVS 2023 à 2024 | |
| 125. Calendrier prévisionnel des réunions CVS 2025 | |
| Q6- SOINS | |
| T1 - Documents liés au soins | |
| 126. Plan de soins (prévisionnel et réalisé) sur les deux dernières semaines avec la fréquence des changes, des toilettes... | |

| | |
|---|--|
| 127. CR des réunions d'équipes impliquant des soignants et médecins sur les trois derniers mois | |
| 128. Récapitulatif des chutes année N-1 et année en cours (par secteur) et suites données | |
| 129. Tableau nominatif sous format EXCEL de suivi année N-1 et année en cours des poids/IMC des résidents et albuminémie , comptes rendus des commissions de menu | |
| 130. Tous les rapports d'audits liés au soin réalisés dans les 3 dernières années | |
| 131. Toutes les procédures sur le circuit du médicament (dont la procédure de gestion des stupéfiants et la procédure de délégation d'administration des médicaments) et autres documents en lien avec la prise en charge médicamenteuse (y compris audit du circuit, CR des réunions de travail... Protocole spécifique pour l'aide à la prise de traitement par le personnel, d'aide à la vie courante Procédure de traçabilité d'administration, de la prise des médicaments Procédure pour les modalités des médicaments (liste des médicaments écrasés) | |
| 132. Liste nominative sous format EXCEL des régimes et textures alimentaires prescrites des résidents ayant des repas enrichis, mixés ou hachés, modalités de préparation/distribution | |
| 133. Liste nominative des médecins traitants des résidents et nombre de résidents suivi par chacun | |
| 134. Vaccination antigrippale réalisée en interne par l'établissement cet hiver : nombre/taux de résidents vaccinés, nombre/taux de personnels vaccinés, comparatif avec l'année 2023 | |
| T2 - Conventions | |
| 135. Etablissements de santé | |
| 136. ESSMS | |
| 137. Service d'accueil d'urgence | |
| 138. Unité cogito -comportementale hospitalisation et équipe mobile | |
| 139. HAD | |
| 140. Equipe mobile de Gériatrie | |
| 141. Centre d'imagerie | |
| 142. Laboratoire d'analyses médicales | |
| 143. Autres | |
| 144. Les pharmacies | |
| T3 - Procédures/protocoles en lien avec la préadmission, l'admission, la prise en charge médicale et si de chaque procédure en lien avec les thématiques suivantes | |



13 rue du Landy

93200 Saint-Denis Tél : 01 44 02 00 00

iledefrance.ars.sante.fr