

Cabinet du Directeur général
Inspection régionale autonomie santé
Département de la Seine-et-Marne

Centre de vie (CVP)

« PasseRaile »

MAS & FAM

Fondation OVE

FINESS : MAS : 770002269

FINESS : FAM : 770005668

RAPPORT D'INSPECTION

N° 2025_IDF_00101

Contrôle sur place le 19 juin 2025

Mission conduite par :

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Textes de référence

Article L.313-13. V 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 disjointer, 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. Vérification de l'effectivité de la mise en œuvre des mesures correctives correspondant aux injonctions immédiates notifiées le 13 juin 2024	7
1.1. Injonctions notifiées le 23 janvier 2024	7
1.1.1. Prise en charge en soins- assurer la présence d'IDE.	7
1.1.2. Prise en charge en soins- assurer la traçabilité des soins.	9
1.1.3. Sécurité	10
2. Vérification de l'effectivité de la mise en œuvre des mesures correctives correspondant aux injonctions notifiées le 7 janvier 2025.	12
2.1.1. Fonctions support-Gestion des RH	12
2.1.2. Fonctions support-Gestion des RH	15
2.1.3. Relations avec l'extérieur-Convention avec un établissement de santé	17
3. Vérification de l'effectivité de la mise en œuvre des mesures correctives correspondant aux prescriptions notifiées le 7 janvier 2025.	19
3.1. Gouvernance-Management et Stratégie	19
3.2. Gouvernance-Management et Stratégie	20
3.3. Gestion de la qualité	21
3.4. Prise en charge- respect des droits des personnes	28
3.5. Gestion de l 'information	30
3.6. Gestion de l 'information	33
3.7. Gestion de l 'information	35
4. Vérification de l'effectivité de la mise en œuvre des mesures correctives correspondant aux recommandations notifiées le 7 janvier 2025.	36
4.1. Gouvernance- management.	36
4.2. Gouvernance- information.	36
4.3. Gouvernance- prise en charge de l'utilisateur.	37
4.Récapitulatif des écarts et des remarques	38
5.Conclusion	40
6.Liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport	41
7. Annexes	42
Annexe 1. Lettres de mission des agents chargés du contrôle	42
Annexe 2. Liste et relevé des documents demandés	47
Annexe 3. Liste des usagers, familles et professionnels avec lesquels la mission s'est entretenue	50

SYNTHESE

Éléments déclencheurs de la mission de suivi :

Le centre de vie « PasseRaile » géré par la fondation OVE et situé 45 rue Bois de la Garenne à Magny-le-Hongre (77700), a fait l'objet d'une inspection inopinée sur site le 18 avril 2024 conjointement par l'ARS IDF et le Conseil départemental de Seine-et-Marne (CD77). Elle faisait suite à la réception de réclamations concernant notamment la qualité de la prise en charge des résidents.

La mission d'inspection a constaté des dysfonctionnements présentant des risques sérieux et immédiats pour la sécurité des personnes. Pour les faire cesser, il a été notifié le 13 juin 2024 à l'établissement, sans attendre la rédaction du rapport, trois injonctions immédiates.

La lettre des mesures définitives, en date du 7 janvier 2025, notifie 2 injonctions immédiates, 3 injonctions, 7 prescriptions, 3 recommandations. L'association gestionnaire a transmis aux autorités de contrôle, le 13 avril 2025, des éléments de réponse aux injonctions émises ainsi qu'à certaines des prescriptions.

Toutefois, au regard des dysfonctionnements constatés sur site le 18 avril 2024, pouvant porter atteinte à la sécurité et à la qualité de la prise en charge des usagers, à la réception de réclamations de part des usagers notamment, ce depuis le mois de février 2025, portant sur la prise en charge en soin et le manque de professionnels, une mission de suite a été diligentée afin de vérifier l'effectivité de la mise en œuvre des mesures.

Cette mission de suivi est conduite sur le fondement de l'article L.313-13. V et suivants du Code de l'action sociale et des familles (CASF).

Méthodologie suivie :

Cette inspection a été réalisée le 19 juin 2025 par l'ARS Ile-de-France et le Conseil Départemental de Seine-et-Marne, en mode inopiné.

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

Des entretiens avec des professionnels et des usagers ont été réalisés sur site et à distance.

Cette mission de suivi s'est déroulée dans de bonnes conditions.

L'équipe a été accueillie par le secrétariat, puis rejointe par la directrice territoriale et la chef de service éducatif.

L'ensemble des professionnels se sont montrés disponibles.

Des actions correctives restent à conduire ou à finaliser :

Des actions correctives restent à conduire ou à finaliser au sein du Centre de vie PasseRaile, concernant principalement la continuité et la sécurité de la prise en charge en soins, la traçabilité des informations, ainsi que la mise en conformité réglementaire de certaines pratiques.

Les constats relevés mettent en évidence la vacance de postes clés, le recours à des personnels intérimaires sans transmission suffisante d'informations, la non-fonctionnalité d'un matériel de sécurité essentiel, ainsi que des manquements dans la gestion des données administratives et médicales.

Ces éléments traduisent des fragilités organisationnelles persistantes nécessitant la poursuite des actions engagées et la mise en œuvre effective des mesures correctives prescrites.

INTRODUCTION

Contexte de la mission d'inspection

Le centre de vie « PasseRaile » géré par la fondation OVE et situé 45 rue Bois de la Garenne à Magny-le-Hongre (77700), a fait l'objet d'une inspection inopinée sur site le 18 avril 2024 conjointement par l'ARS IDF et le Conseil départemental de Seine-et-Marne (CD77). La mission d'inspection avait constaté des dysfonctionnements présentant des risques sérieux et immédiats pour la sécurité des personnes. Pour les faire cesser, il a été notifié, sans attendre la rédaction du rapport, trois injonctions immédiates le 13 juin 2024.

La lettre des décisions définitives, envoyée le 7 janvier 2025, notifie 2 injonctions immédiates, 3 injonctions, 7 prescriptions et 3 recommandations.

L'Agence régionale de santé Île-de-France (ARSIDF) et le Conseil départemental de Seine-et-Marne (CD 77) ont ainsi décidé conjointement de diligenter une inspection de suites.

Cette mission d'inspection diligentée sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), a pour objectif de vérifier la mise en œuvre des mesures correctrices afférentes aux décisions notifiées le 7 janvier 2025, voire le cas échéant, le constat d'éventuels nouveaux manquements dans le domaine du fonctionnement et de la dispensation des soins.

Modalités de mise en œuvre

Cette inspection a été réalisée, de manière inopinée, par l'ARS Ile-de-France et le Conseil Départemental de Seine-et-Marne, le 19 juin 2025.

La mise en œuvre des mesures correctives a été vérifiée sur les thématiques suivantes :

- la gouvernance ;
- la gestion des ressources humaines ;
- les prises en charge en termes d'accompagnement, de sécurisation du circuit du médicament et de soins ;
- la sécurisation des locaux.

La composition de la mission figure sur la page de garde du rapport et dans la lettre de mission en **annexe 1**.

La liste des documents demandés et le relevé des documents transmis figurent en **annexe 2**.

Présentation de l'établissement

La MAS a une capacité d'accueil de 12 places depuis son ouverture (arrêté d'autorisation du 19 avril 2002).

Le FAM a eu des évolutions en lien avec des extensions, des médicalisations ou des démedicalisations de places, à savoir :

- Arrêté d'ouverture du 1^{er} avril 2002 :

- ■ places d'hébergement dont 4 non médicalisées ;
- ■ places d'accueil de jour ;

- Arrêté du 5 juin 2007 de médicalisation de 7 places dont :

- -2 places d'hébergement ;
- ■ places d'accueil de jour ;

- Arrêté du 12 février 2015 d'extension de 3 places non médicalisées portant la capacité du FAM à 36 places dont :

- ■ places médicalisées dont

- ■ places d'hébergement ;
- ■ places d'accueil de jour ;

- ■ places non médicalisées dont

1. Vérification de l'effectivité de la mise en œuvre des mesures correctives correspondant aux injonctions immédiates notifiées le 13 juin 2024

1.1. Injonctions notifiées le 23 janvier 2024

1.1.1. Prise en charge en soins- assurer la présence d'IDE.

	Thèmes et sous-thème IGAS	Injonction à l'issue de l'inspection du 18/04/2024	Décision au terme de la procédure contradictoire	Réponses de l'établissement à la lettre de décisions du 7 janvier 2025 reçues à l'ARS le 7 avril 2025	Constats réalisés lors de l'inspection du 19/06/2025
Injonction N°1	3.8-Prise en charge-Soins	Garantir une présence quotidienne d'IDE correspondant à son rôle propre, afin de dispenser les soins aux usagers dans des conditions de qualité et de sécurité conformes. R4311-7 6° du CSP	Pour garantir la présence quotidienne d'IDE, il est répondu par l'établissement qu'aujourd'hui 3 ETP d'IDE sont encore vacants mais la présence quotidienne est garantie par le recours à l'intérim. Injonction maintenue pour que les efforts de recrutement de salariés sur les postes vacants persistent et que soit garantie une présence quotidienne en nombre suffisant et stable Délai de mise en œuvre : Immédiat	Le recours à l'intérim reste organisé pour garantir la présence quotidienne d'une IDE sur l'établissement. Les offres d'emplois sont publiées. Pas de candidature à date. 2 titulaires IDE pour 1.5 ETP en poste actuellement. PJ : - Planning infirmier consolidé de mars 2025 - Planning IDE prévisionnel avril 2025 (présence IDE 365) Une réflexion est en cours pour sécuriser les conditions de qualité des soins la nuit : - Convention CPAM de nuit, Astreinte IDE de nuit	L'effectif des IDE au jour de l'inspection : La note du 12/05/2025, relative à l'analyse des effectifs budgétés et réels au sein du centre de vie Passeraile – Magny-le Hongre établie par la directrice territoriale, indique que le nombre de postes budgétés [REDACTED] (pour l'ensemble MAS + FAM) et le nombre de postes effectivement pourvus, mettent en évidence un différentiel de [REDACTED] au jour J dont un ETP d'infirmière. Le remplacement de cet ETP est assuré par un professionnel intérimaire. Les offres d'emploi afin de recruter et une politique active de recrutement sont en cours (supra injonction 2). Remarque 1 : Au jour de l'inspection le poste d'IDE est vacant. Organisation du temps infirmier selon les plannings fournis à la mission : La mission a noté, d'après le planning disponible à l'infirmierie, que le 17 juin 2025 (deux jours avant l'inspection), seule une IDE était positionnée sur le matin et aucune IDE l'après-midi (à partir de 15 h). D'après les transmissions, il a été fait appel à une IDE libérale (IDEL) afin de faire réaliser un soin infirmier. Si la mission ne remet pas en question que le soin (un sondage) ait bien été réalisé par une IDEL, elle constate que le dossier informatisé du résident ne comporte aucune transmission sur ce sujet ni traçabilité de la réalisation du soin (seul le sondage effectué le matin par l'IDE de l'établissement est tracé). Les médicaments ont été donnés par une AS habilitée à l'aide à la prise. Ainsi, il apparaît que l'organisation

				<p>mise en place en cas d'absence inopinée d'une IDE a permis de gérer la situation de manière acceptable. Cependant, l'absence d'IDE en journée reste une situation problématique en cas d'urgence médicale ou de problème de santé et génère une situation de stress pour le reste de l'équipe soignante.</p> <p>Par ailleurs, la mission a analysé la traçabilité des soins des IDE sur la semaine précédant l'inspection et a constaté que ceux-ci étaient très régulièrement tracés pour 5 jours sur 7 et absolument pas tracés pour les 2 autres jours (les 16 et 18 juin). D'après le croisement entre les plannings et les suivis [REDACTED] le 16 juin, une infirmière intérimaire était présente l'après-midi mais il n'y a pas eu d'infirmière le matin ; le 18 juin, la situation était similaire mais inversée : une infirmière titulaire était présente le matin et il n'y a pas eu d'infirmière l'après-midi</p> <p>=> une situation de surcharge de travail pour les IDE peut expliquer l'absence de traçabilité dans [REDACTED] Mais certains soins sont mentionnés comme réalisés à ces dates dans le cahier de transmission au format papier.</p> <p>Remarque 2 : Dans la semaine précédant l'inspection, deux situations d'absence d'infirmière sur une demi-journée s'accompagnent d'un défaut de traçabilité des soins, ce qui suggère que la surcharge de travail qui en a résulté pour les IDE présentes sur une demi-journée seulement, est à l'origine du défaut de traçabilité et donc de fragilisation de la continuité des soins.</p>
--	--	--	--	--

Synthèse :

La direction a procédé à la publication d'offres d'emploi d'infirmier, elles sont renouvelées. Le recrutement d'une IDE en contrat pérenne n'est pas effectif à ce jour. Il y a un recours à des personnels vacataires. Néanmoins l'organisation reste fragilisée lors d'absences d'IDE (exemple du 17/06/2025 avec l'absence l'après-midi d'une IDE, et même si une IDEL est intervenue, la traçabilité informatique n'a pas été réalisée.

Cette situation présente un risque pour la continuité et la sécurité des soins.

1.1.2. Prise en charge en soins- assurer la traçabilité des soins.

	Thèmes et sous-thème IGAS	Injonction à l'issue de l'inspection du 18/04/2024	Décision au terme de la procédure contradictoire	Constats réalisés lors de l'inspection du 19/06/2025
Injonction 2	3.8-Prise en charge- Soins	<p>Fournir les preuves de l'effectivité de la traçabilité de l'administration ou du refus de prise par le résident des traitements par la transmission :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les copies des feuilles de traçabilité individuelles de l'administration des médicaments pour chaque usager pour la période allant du 1er mai 2024 au jour précédant l'envoi de votre réponse ; l'identité des professionnels assurant l'administration doit pouvoir être tracée ; - Le registre unique du personnel et les documents relatifs au recours à des professionnels intérimaires permettant d'identifier la qualification des professionnels qui ont assuré l'administration sur la période considérée. <p>Délai : immédiat</p>	<p>La mesure a été levée, l'établissement a fourni dans le cadre de la réponse à la lettre d'injonction immédiate les éléments permettant de levée la mesure.</p>	<p>La mission a pu consulter des feuilles individuelles de traçabilité au format papier. Celles-ci permettent de distinguer les médicaments donnés de ceux qui ne l'ont pas été (les médicaments donnés sont marqués d'un trait) et une signature permet d'identifier le professionnel qui a assuré l'aide à la prise. Cependant, ces fiches ne sont pas rattachées aux dossiers médicaux des résidents. De plus, elles constituent un support fragile (risque de perte ou de vol en cas de problème) et peuvent être falsifiées a posteriori.</p> <p>Au jour de l'inspection, les ordonnances ne sont pas saisies ou retranscrites dans le logiciel Netsoins™, ce qui ne permet pas de suivre correctement les médicaments qui ont été arrêtés et ceux en cours, ainsi que de conserver de manière fiable la traçabilité des prises médicamenteuses.</p> <p>Formellement, l'organisation mise en place permet de tracer l'administration et la non-administration des médicaments et d'identifier les personnels qui l'ont assurée, ce qui répond à l'injonction. Cependant, la mission observe que l'absence de Médecin chargé de la coordination et la difficulté de l'établissement à stabiliser une équipe d'IDE titulaires génèrent des fragilités en amont du circuit du médicament, au niveau de la fiabilisation des prescriptions (prise en compte des évolutions et arrêts de traitements, notamment). L'organisation actuelle ne tient pas compte de ces fragilités.</p> <p>Écart 1 : La vacance des postes de médecin chargé de la coordination et d'IDE fragilisent l'échange des bonnes pratiques et la continuité des moyens permettant la traçabilité de la prise en charge en soins, ce qui contrevient aux articles L. 311.3, L. 344-2. et D. 344-5-13 du CASF</p>

Synthèse :

La levée de la mesure basée sur les pièces transmises dans la phase contradictoire a permis de retirer l'injonction 2. Néanmoins, en vérifiant son efficience sur site, il apparaît que l'absence de professionnels comme le médecin coordonnateur ou le poste d'IDE vacant vient fragiliser la traçabilité des soins et du suivi des résidents. En effet, une déperdition d'information peut alors avoir lieu au regard des moyens mis en œuvre et l'ensemble des actes prescrits, les ordonnances, le suivi de la prise des médicaments n'étant pas retranscrits sur un même support non modifiable, la traçabilité des actes de soins et des prescriptions médicamenteuses est incomplète.

1.1.3. Sécurité

	Thèmes et sous-thème IGAS	Injonction à l'issue de l'inspection du 18/04/2024	Décision au terme de la procédure contradictoire	Réponses de l'établissement à la lettre de décisions du 7 janvier 2025 reçues à l'ARS le 7 avril 2025	Constats réalisés lors de l'inspection du 19/06/2025
Injonction N°3	3.8-Prise en charge-Soins	Transmettre les preuves des mesures proportionnées et adaptées de sécurisation du poste de soin et de surveillance des entrées et sorties des personnes accueillies, respectueuses de leur liberté et de leur auto-détermination. La lettre de décisions du 7 janvier 2025, a maintenu l'injonction concernant la sécurisation des accès à l'établissement	Injonction maintenue sur les 6 points Délai de mise en œuvre : 4 mois	1. Concernant le poste de soins, les preuves ont été apportées que le poste de soin est sécurisé par sa fermeture à clé (photographies) ; chaque salarié en ayant une tandis que les intérimaires ont accès à une boîte à clé (photographie transmise). Son entretien mensuel est tracé : les feuilles de traçabilité ont été communiquées. 2. Concernant les entrées et les sorties, la direction a mis en place des dispositifs pour limiter les intrusions : un nouveau portail installé en août 2024 pour sécuriser l'accès principal à l'établissement qui est verrouillée quotidiennement par l'équipe de nuit, pendant les repas et après 18h ; les autres portails ont été doublement sécurisés (photographies des portails et de leur fermeture et avec chaînes et avec serrures) ; des procédures d'accès ont été élaborées pour les salariés, les visiteurs (décision d'accès supervisée par un tiers (la secrétaire)) limitant les entrées non autorisées et particulièrement pour les résidents (badge individuel et nominatif, code d'accès du portail partagé avec eux) et un devis est en cours pour une ouverture automatisée du portail par identification des fauteuils roulants, pour la liberté d'aller et venir des personnes ; Cette sécurisation est renforcée par une gestion plus rigoureuse des présences et des accès pour plus de surveillance avec le passage obligé de tout visiteur par la borne d'accueil dont l'amélioration de la visibilité est en cours de réflexion :	Au jour de l'inspection le délai n'était pas échu. La sécurisation des locaux du poste de soins : Au jour de l'inspection, l'accès au poste de soins est sécurisé. Chaque IDE titulaire dispose de sa propre clé et une boîte à clé située à l'extérieur de l'infirmierie, sécurisée par un code, permet aux IDE intérimaires de disposer de la clé. Seule la responsable des soins, les IDE et l'une des AS disposent de cet accès. Une fois dans l'infirmierie, l'accès aux stocks de médicaments et aux dossiers médicaux papier est sécurisé par des serrures à clés, dont les clés sont stockées au sein du chariot de médicaments, lui-même sécurisé par code. Par ailleurs, le coffre à stupéfiants, situé au sein de l'armoire à pharmacie, était bien fermé le jour de l'inspection (accès par code). Ainsi, les mesures de sécurisation mises en œuvre par l'établissement répondent aux exigences réglementaires. La sécurisation de l'établissement : Le projet de création d'un espace d'accueil et un poste de sécurité a été différé au regard de travaux nécessaires à la création de cet espace. La nuit, le poste de sécurité (bureau à l'entrée) est occupé par un salarié.

		<p>jusqu'à la finalisation des mesures prises concernant l'identification des fauteuils roulants et la prévention et la gestion plus efficaces des vols qui persistent Le délai prescrit est de six mois</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Un registre des visiteurs (photographie transmise) à remplir à l'entrée et à la sortie de l'établissement, communication ayant été faite aux familles le 27/11/2024 pour rappeler l'obligation de le compléter ; - Un tableau des entrées/sorties - La planification des horaires de ménage désormais effectués en journée, permettant un verrouillage collectif des locaux après leur départ. <p>Cette sécurisation passe aussi par le renforcement des moyens de surveillance et de visibilité des visiteurs</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des codes d'accès du portillon et portail sont prévus pour être régulièrement changés ; - De la vidéo-surveillance est installée sur le parking et aux accès principaux avec la commande d'une nouvelle caméra pour améliorer la qualité des images ; - Des éclairages supplémentaires ; - Prévu pour renforcer la sécurité nocturne des accès. <p>Quant à la participation des personnes à l'installation de ces nouvelles mesures, en plus des informations faites au personnel, aux personnes et à leurs familles, le CVS a été consulté : le compte rendu de la séance du 14 novembre 2024 évoque néanmoins la persistance de vols. Le règlement de fonctionnement en cours d'actualisation et sera soumis au prochain CVS de février 2025.</p>	<p>La sécurisation des locaux, par un interphone avec visiophone, permet de réguler les entrées et sorties. L'appel arrive au secrétariat et un bouton est dédié à la nuit. Les codes d'accès ne sont pas communiqués aux familles ou personnes extérieures à l'établissement.</p> <p>Le système de vidéosurveillance (affichage de l'information visible) sur les extérieurs a été mis en œuvre.</p> <p>Un registre des visiteurs est à disposition à l'entrée de l'établissement. Néanmoins la vérification de l'inscription sur le registre en l'absence d'un accueil physique ne peut être contrôlée.</p> <p>La sécurisation du matériel et des biens :</p> <p>L'étude de faisabilité concernant le suivi en temps réel des fauteuils ou le développement d'un dispositif de tracing a démontré que cela viendrait entraver la liberté d'aller et venir du résident.</p> <p>La sécurisation par vidéo surveillance notamment des espaces extérieurs est un levier développé par l'établissement afin de s'assurer que les fauteuils ne soient plus volés.</p>
--	--	--	---	--

Synthèse :

L'établissement a mis en place des actions permettant la sécurisation des locaux.

2. Vérification de l'effectivité de la mise en œuvre des mesures correctives correspondant aux injonctions notifiées le 7 janvier 2025.

2.1.1. Fonctions support-Gestion des RH

	Thèmes et sous-thème IGAS	Injonction à l'issue de l'inspection du 18/04/2024	Décision au terme de la procédure contradictoire	Réponses de l'établissement à la lettre de décisions du 7 janvier 2025 reçues à l'ARS le 7 avril 2025	Constats réalisés lors de l'inspection du 19/06/2025
Injonction N°2	1.2- Gouvernance-Management et Stratégie	Transmettre à l'ARS et au CD : 1) Les preuves des recherches actives sont en cours et que les postes vacants sont publiés en ce qui concerne le recrutement : □ Des membres de l'équipe pluridisciplinaire : médecin en rééducation fonctionnelle, kinésithérapeute et psychomotricien)	Injonction maintenue pour que soient transmis à l'ARS et au CD les efforts de recrutement et que des maintenant soient prises des mesure pour pallier les vacances d postes comme le recours à des libéraux pour les paramédicaux. Délai : 1 an	1 recrutement a été finalisés sur le mois de mars 2025. Il s'agit de : - 1 CDS socio-éducatif qui a débuté le 13 mars Une fiche de poste et une feuille de route pour accompagner sa prise de poste sont en cours d'élaboration. Elles vous seront transmises ultérieurement. Il n'y a plus de poste d'aide-soignant vacant. 10 offres d'emploi concernant les postes vacants ont été publiées et diffusées	L'effectif des professionnels au jour de l'inspection : La mission a été accueillie par la direction, la cheffe de service éducatif recrutée le 13 mars 2025, et la cadre de santé, anciennement IDE sur l'établissement. La n [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] Ils sont répartis comme suit :

<p>□ Et des soignants dont le nombre est insuffisant (AS, AES, AMP)</p> <p>Les preuves du recrutement effectif de ces personnels (contrat de travail, fiche de poste, feuille de salaire)</p>						ETP pourvu par activité				
						Profession	Nombre d'ETP Budgétisée	MAS	FAM	TOTAL
						Aide Médico-Psychologique de nuit	■		■	■
						■	■		■	■
						■	■		■	■
						■		■		■
						■			■	■
						■	■	■	■	■
						■	■	■	■	■
						■	■	■	■	■
						■	■	■	■	■
						■	■	■	■	■
						Psychomotricien	■	■	■	■
										■
<p>Ces postes font l'objet d'un suivi dans le cadre du recrutement en cours (annonce diffusée et visible sur le site de l'organisme gestionnaire et sur des sites spécialisés), tout en étant bien distingués dans les outils de pilotage de la structure des ETP prévus pour les remplacements (notamment congés payés, absences planifiées, formations. Ces postes ont été identifiés comme prioritaires dans le plan d'action de recrutement</p>										

				<p>actuellement co-piloté avec le service des ressources humaines de la direction générale. Pour cela, une chargée de mission recrutement a été récemment recrutée au niveau de la direction générale. Sa mission principale est d'accompagner activement le recrutement ciblé des postes vacants prioritaires, en lien avec les directions de site et les services RH locaux (la fiche de poste et de mission de la chargée de recrutement a été transmise à la mission).</p> <p>Le recours aux intérimaires se poursuit dans l'attente du recrutement de l'ETP IDE vacant. Les ressources à disposition des professionnels leur permettant de mettre en œuvre un accompagnement adapté aux besoins du résident n'est pas développé. La direction (directrice territoriale, directrice, chef de service, cadre de santé) a le projet d'initier (source entretien avec la direction et un professionnel qui a été sollicité pour intégrer le groupe de travail) des groupes de travail dès la rentrée afin de créer un Vademecum à l'intention des professionnels venant effectuer une mission au sein de l'établissement. Les responsables de l'établissement demanderont aux agences d'intérim de le transmettre en amont aux futurs intervenants.</p> <p>Le dernier poste de professionnel de nuit est en cours de recrutement au jour de l'inspection, mais pourvu par un intérimaire.</p> <p>L'établissement a dégagé des moyens supplémentaires afin de favoriser un recrutement de tous les postes vacants. Néanmoins le recours à la vacation ou l'intérim continue d'affecter la qualité de la prise en charge notamment en l'absence de protocoles incluant le fonctionnement et les bonnes pratiques à mener.</p> <p>Écart 2 : Le recours à des intérimaires pour assurer la présence de professionnels, sans leur apporter d'information de manière systématique et organisée sur la situation des usagers et sur le fonctionnement de l'établissement, fragilise le suivi des résidents et la sécurité de leur prise en charge, ce qui contrevient à l'article R 344 -2 du CASF¹ .</p> <p>Ces derniers seront transmis aux agences d'intérim qui sont sollicitées par l'établissement afin qu'ils soient transmis en amont au futur intervenant.</p>
--	--	--	--	---

Synthèse :

L'établissement a mobilisé des moyens supplémentaires afin de pourvoir l'ensemble des postes vacants. Toutefois, le recours aux vacataires ou à l'intérim continue d'affecter la qualité de la prise en charge, en particulier en l'absence de protocoles définissant le fonctionnement et les bonnes pratiques à appliquer

¹ Article R344-2 Les maisons d'accueil spécialisées doivent assurer de manière permanente aux personnes qu'elles accueillent :^{1°} L'hébergement ;^{2°} Les soins médicaux et paramédicaux ou correspondant à la vocation des établissements ;^{3°} Les aides à la vie courante et les soins d'entretien nécessités par l'état de dépendance des personnes accueillies ;^{4°} Des activités de vie sociale, en particulier d'occupation et d'animation, destinées notamment à préserver et améliorer les acquis et prévenir les régressions de ces personnes.

2.1.2. Fonctions support-Gestion des RH

	Thèmes et sous-thème IGAS	Injonction à l'issue de l'inspection du 18/04/2024	Décision au terme de la procédure contradictoire	Réponses de l'établissement à la lettre de décisions du 7 janvier 2025, reçues à l'ARS le 7 avril 2025	Constats réalisés lors de l'inspection du 19/06/2025
Injonction 3	2.5-Fonction support-Sécurités	<p>Transmettre à l'ARS et au CD les éléments probants quant à la poursuite de la sécurisation du circuit du médicament :</p> <ul style="list-style-type: none"> - En nommant un "réfèrent médicament" et en transmettant sa feuille de route signée ; - En réalisant et en transmettant un protocole et la liste des "médicaments à broyer" et celle des résidents à troubles de déglutition ; - En révisant les conventions médicales (biologie, officine, produits de santé, etc.) et en les transmettant signées ; - En ayant un stock tampon et en transmettant la liste et la photographie. 	<p>Injonction maintenue pour que soient transmis à l'ARS et au CD les éléments probants quant à la poursuite de la sécurisation du circuit du médicament :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La feuille de route signée de la référente ; - Les conventions médicales (biologie, officine, produits de santé, etc.) et en les transmettant signées ; - Les photographies du stock tampon, son mode opératoire, la liste de son contenu <p>Délai 4 mois</p>	<p>Le chariot d'urgence est en place, les formations ont été réalisées, la traçabilité existe.</p> <p>Le stock tampon est en place, la traçabilité existe et est suivie.</p> <p>Les conventions médicales existent et ont été mises à jour</p> <p>PJ : convention nutrition entérale</p> <p>Le protocole de broyage des médicaments est en cours de travail avec l'équipe infirmière.</p> <p>PJ : attestation de participation à la formation PECM suivie par la</p>	<p>Le jour de l'inspection, la mission s'est entretenue avec la responsable des soins, qui a indiqué avoir été désignée « réfèrent médicament ». La « feuille de route d'une référente médicaments » a bien été transmise. Ce document fournit une vision précise des attendus. Par ailleurs, une attestation de suivi par la référente médicament d'une formation « journée médicaments et handicap » délivrée par l'ARS IDF en mars 2025 a été transmise.</p> <p>L [REDACTED] a indiqué qu'un travail sur le circuit du médicament avait été entamé avec le soutien d'une responsable qualité issue du siège de la fondation. Le compte rendu d'une visite de l'infirmerie ayant eu lieu le 10/02/2025 a été transmis. Il montre que les problématiques ont été bien comprises par le siège et par l'établissement lui-même et que des réponses sont prévues sur chaque point de fragilité identifié, et notamment ceux relevés lors de la précédente inspection de l'ARS IDF.</p> <p>La mission a pu vérifier la bonne organisation des stocks individuels et du stock tampon. Ce dernier est désormais clairement défini et la mission a constaté qu'il était régulièrement vérifié, même si la fréquence théoriquement prévue par l'établissement sur un rythme mensuel n'était pas strictement respectée (3 contrôles en 5 mois et demi sur 2025, le dernier contrôle datant du 01/05/2025, soit 1,5 mois).</p> <p>En revanche, la mission n'a pas retrouvé de protocole finalisé de broyage des médicaments et ce document n'a pas été transmis, pas plus que la liste des résidents atteints de troubles de la déglutition, bien que ces documents aient été demandés. Dans le plan d'action de l'établissement, l'échéance de formalisation du protocole est fixée à août 2025 et celle de la détection des résidents à risque de troubles de la déglutition à</p>

				<p>coordinatrice soin en mars 2025 réalisée par l'ARS IDF</p>	<p>décembre 2025, soit très tardivement, alors même que cette action d'amélioration est considérée, à juste titre, comme « importante et urgente » par l'établissement.</p> <p>Concernant les conventions :</p> <p>La convention avec la pharmacie transmise est datée de juin 2017, conclue pour 5 ans et renouvelable par tacite reconduction. Elle est donc théoriquement en cours de validité. Mais à la lecture de celle-ci, il est mentionné que le système de préparation des doses à adm [REDACTED] Or le jour de l'inspection, la mission a observé que le système de PDA s'appuyait sur des sachets se présentant sous forme d'escargots. Il s'agit donc de deux systèmes différents. De plus, il est mentionné dans la convention que les ordonnances originales doivent être transmises à la pharmacie alors que l'IDE interrogée par la mission a indiqué que seules les versions électroniques, scannées, des ordonnances, étaient transmises à la pharmacie. La convention n'est pas à jour, ce qui paraît assez logique car sa signature date de 8 ans.</p> <p>La convention avec le laboratoire est en cours de validité et signée par les parties.</p>
--	--	--	--	---	---

Synthèse :

Lors de l'inspection, la responsable des soins, désignée comme référente médicament, a présenté sa feuille de route ainsi qu'une attestation de formation suivie en mars 2025. Un travail sur le circuit du médicament est engagé avec le soutien du siège, et un compte rendu de visite d'infirmerie (10/02/2025) montre que les problématiques sont identifiées et suivies d'actions correctives. La mission a constaté une bonne organisation des stocks, même si la fréquence des contrôles n'est pas strictement respectée. En revanche, le protocole de broyage des médicaments et la liste des résidents avec troubles de la déglutition n'ont pas été transmis ; leur formalisation est prévue respectivement pour août et décembre 2025, délais jugés tardifs au regard de l'urgence. La convention avec la pharmacie, datée de 2017 et toujours en vigueur, n'est pas à jour (système de PDA et modalités de transmission des ordonnances non conformes à la pratique actuelle). La convention avec le laboratoire, elle, est en cours de validité et signée.

2.1.3. Relations avec l'extérieur-Convention avec un établissement de santé

	Thèmes et sous-thème IGAS	Injonction à l'issue de l'inspection du 18/04/2024	Décision au terme de la procédure contradictoire	Réponses de l'établissement à la lettre de décisions du 7 janvier 2025, reçues à l'ARS le 7 avril 2025	Constats réalisés lors de l'inspection du 19/06/2025
Injonction 4	3.8-Prise en charge-Soins	Transmettre à l'ARS et au CD les éléments prouvant que la valise d'urgence est scellée et que le matériel d'urgence est suivi avec une feuille de traçabilité de sa vérification, et les attestations de formation du personnel à son usage et à son suivi.	Injonction maintenue tant que le personnel n'est pas formé et que ne sont pas transmis à l'ARS et au CD les éléments probants, c'est-à-dire les attestations de formation Délai 3 mois.	Injonction maintenue tant que le personnel n'est pas formé et que ne sont pas transmis à l'ARS et au CD les éléments probants, c'est-à-dire les attestations de formation Réponse avril 2025 : Le DAE a été livré il se trouve dans le chariot. Sur le chariot se trouve l'ECG, l'aspirateur, l'aérosol. PJ : photos des dispositifs d'urgence Le sujet de la gestion/conduite à tenir en cas de situation d'urgence va être abordé ces prochains mois plus largement au sein de l'établissement par l'équipe infirmière (cf. : doc ARS FAM MAS)	La formation gestion et conduite à tenir en cas de situation d'urgence : L'établissement a fourni lors de l'inspection les devis de formation de l'AFGSU 1 et 2, et confirme qu'elles ont été réalisées. Toutefois d'après les entretiens, il ne s'agissait pas des formations AFGSU 1 et 2. La formation proposée portait sur une démonstration du chariot d'urgence, et non sur la conduite à tenir en situation d'urgence. Un support a été remis concernant l'utilisation du chariot réalisé le 20 janvier 2025. Aucun émargement n'a été transmis ce qui ne permet pas de confirmer la réalisation de cette formation. De plus, d'après les entretiens, la formation AFGSU 1 et 2 est prévue pour décembre 2025 pour certains membres de l'équipe. Le chariot d'urgence : Le jour de l'inspection, le chariot d'urgence était bien scellé. Son contenu était clairement identifié et son contrôle régulier était tracé. Le dernier contrôle remontait à 1 mois (14/05/2025). Cependant, l'aspirateur à mucosité, dont la mission d'inspection précédente avait relevé le non-fonctionnement, n'était toujours pas fonctionnel. L'IDE n'a pas réussi à le faire fonctionner devant la mission. L'établissement a transmis la feuille de présence relative à la formation à l'utilisation du chariot d'urgence délivrée par la responsable des soins à 2 IDE (une titulaire et une intérimaire) le 17/02/2025. Le défibrillateur automatisé externe est clairement signalé au sein des locaux et il était fonctionnel le jour de l'inspection.

					Écart 3 : L'aspirateur à mucosité n'était toujours pas fonctionnel le jour de l'inspection. Il s'agit d'un élément essentiel de sécurité dans la prise en charge des urgences. (art. L312-1-II du CASF² ; art. L311-3 du CASF³ ; art. D344-5-6 du CASF⁴)
--	--	--	--	--	--

Synthèse :

L'établissement n'a pas transmis à l'ARS et au CD les éléments probants, c'est-à-dire les attestations de formation gestion et conduite à tenir en cas de situation d'urgence ou les feuilles d'émargements pour tous les professionnels.

² **Art. L312-1-II du CASF** : « II.-Les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements et services relevant des catégories mentionnées au présent article, à l'exception du 12° du I, sont définies par décret après avis de la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale. [...] Les établissements et services mentionnés au 1° du même I s'organisent de manière à garantir la sécurité de chacun des mineurs ou des majeurs de moins de vingt et un ans qui y sont accueillis. »

³ **Art. L311-3 du CASF** : « L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés :1° Le respect [...] de sa sécurité [...] »

⁴ **Art D344-5-6 du CASF** : « Pour répondre aux situations nécessitant une intervention d'urgence, les établissements mentionnés à l'article D. 344-5-1 :1° Disposent d'un matériel permettant la restitution et le maintien des fonctions vitales, dans l'attente de la prise en charge des personnes qu'ils accueillent vers un établissement de santé [...] »

3. Vérification de l'effectivité de la mise en œuvre des mesures correctives correspondant aux prescriptions notifiées le 7 janvier 2025.

3.1. Gouvernance-Management et Stratégie

	Thèmes et sous- thème IGAS	Prescription à l'issue de l'inspection du 18/04/2024	Décision au terme de la procédure contradictoire	Réponses de l'établissement à la lettre de décisions du 7 janvier 2025, reçues à l'ARS le 7 avril 2025	Constats réalisés lors de l'inspection du 19/06/2025
Presc 1	1.2- Gouvernance-Management et Stratégie	Compléter et transmettre à l'ARS et au CD le règlement de fonctionnement, le livret d'accueil et le plan bleu rendus cohérents et complétés du contenu réglementaire attendu (modalités de formation du personnel concernant le plan bleu), y former les personnes et le personnel pour leur accessibilité et présenter leurs versions corrigées au CSE et au CVS, en transmettant à la mission les PV des séances auxquelles ils ont été présentés et les attestations de participation à leur formation	Prescription maintenue le temps de la révision du livret d'accueil, du règlement de fonctionnement et du plan bleu et des preuves qu'ils ont été présentés au personnel et qu'il y a été formés, et les transmettre à l'ARS et au CD. Délai 3 mois	Le règlement de fonctionnement a été également présenté, les membres ont fait part de demandes de modifications qui vont être intégrées par la direction, et qui sera reproposé lors du prochain CVS.	Le livret d'accueil, et le plan bleu a été mis à jour en janvier 2025. Le règlement de fonctionnement a été présenté au CVS du 5 juin 2025. Le compte rendu du CVS a été transmis à la mission. Les professionnels ont été associés à la refonte de cet outil.

Synthèse :

L'établissement a répondu favorablement à la mesure en mettant à jour Le livret d'accueil, le plan bleu. Le CVS a approuvé le dernier règlement de fonctionnement prenant en compte toutes les dispositions réglementaires.

3.2. Gouvernance-Management et Stratégie

	Thèmes et sous-thème IGAS	Prescription à l'issue de l'inspection du 18/04/2024	Décision au terme de la procédure contradictoire	Réponses de l'établissement à la lettre de décisions du 7 janvier 2025, reçues à l'ARS le 7 avril 2025	Constats réalisés lors de l'inspection du 19/06/2025
Presc 2	1.2- Gouvernance-Management et Stratégie	<p>Avec la participation des personnes, des proches et du personnel, finaliser le projet d'établissement et le faire valider par les instances qui intègre toutes les dispositions réglementaires et notamment celles relatives à la politique de promotion de la bientraitance et le transmettre à l'ARS et au CD avec tout élément probant</p> <p>Délai : 6 mois</p>	<p>La révision projet d'établissement n'est pas finalisée.</p> <p>Prescription maintenue le temps de la révision du livret d'accueil, du règlement de fonctionnement et du plan bleu et des preuves qu'ils ont été présentés au personnel et qu'il y a été formés, et les transmettre à l'ARS et au CD.</p>	<p>Le projet d'établissement restent à finaliser, nous identifions encore les axes suivants à travailler :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fiches actions - Politique prévention des risques de maltraitance - Organigramme hiérarchique et fonctionnel - Transmission de l'information au sein de l'ESSMS - Distinction FAM/MAS et évolution des pathologies du public - Schéma directeur ARS IDF <p>Des réunions de travail pour le finaliser dans le 1er semestre 2025 se mettent en place.</p>	<p>Le projet d'établissement au jour de l'inspection n'est pas finalisé. Les axes identifiés comme répondus par l'établissement sont conformes aux attendus de l'article L 311-8 du CASF.</p>

Synthèse : Le projet d'établissement n'a pas été remis.

3.3. Gestion de la qualité

	Thèmes et sous-thème IGAS	Prescription à l'issue de l'inspection du 18/04/2024	Décision au terme de la procédure contradictoire	Réponses de l'établissement à la lettre de décisions du 7 janvier 2025, reçues à l'ARS le 7 avril 2025	Constats réalisés lors de l'inspection du 19/06/2025
Prec 3	1.4- Gouvernance- Gestion de la qualité	<p>Evaluer et améliorer de façon continue la qualité et la promotion de la bientraitance en réalisant, et en les transmettant avec tout élément probant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un plan synthétique et pluridisciplinaire annuellement évalué ; - Une politique de bientraitance formalisée avec un référent, l'inscription de la promotion de la bientraitance dans les DUD et fiches de poste, en les transmettant ainsi que les attestations de participation aux formations ; - Un dispositif installé, structuré et auquel est formé le personnel de recueil, de déclaration interne et externe des événements obligatoires quand ils doivent l'être dans les onze cas réglementaires, 	<p>Le pilotage de la politique de bientraitance de l'établissement est attribué à deux référents mais ils ne sont pas encore nommés, leur formation par le CNFCE est cependant anticipée, de même que leur feuille de route a été transmise.</p> <p>Les travaux d'entretien sont en cours.</p> <p>Délai 4 mois</p>	<p>Un comité de suivi des EI est remis en place. D'autres réunions sont programmées 2x par mois sur l'année.</p> <p>Parallèlement un retour d'expérience a eu lieu le 3 mars en mars sur les levés tardifs.</p> <p>Cette démarche a permis d'aboutir à une nouvelle organisation de réunion tous les vendredi AM afin de mieux coordonner les interventions entre les services socio-éducatifs et les services soins.</p> <p>La politique générale de l'établissement sera formalisée dans le cadre de la finalisation du projet d'établissement.</p> <p>Des travaux d'entretien et de maintenance sont programmés avec des artisans sur le mois d'avril.</p>	<p>1. Sur le développement des outils de déclaration des événements indésirables (EI)</p> <p>À la date de l'inspection du 19 juin 2025, la mission constate que l'établissement dispose une référente qualité. Selon son contrat de travail, elle a été recrutée en avril 2019 en [REDACTED] que cette mission de référente qualité n'est pas inscrite dans sa fiche de poste, mais a été formalisée par une lettre de mission. Elle a pour mission principale d'accompagner la direction dans la mise en œuvre et le suivi de la démarche qualité au sein de l'établissement. C'est dans ce cadre qu'elle assure la gestion de la qualité et des événements indésirables, à raison d'une journée par semaine consacrée à ces activités. Toutefois, aucune fiche de poste actualisée ni lettre de mission nominative n'a été transmise à la mission d'inspection.</p> <p>Remarque 3 : L'absence de fiche de poste et de lettre de mission pour la référente qualité ne permet pas à la mission et à l'intéressée d'avoir une vision claire des tâches attendues dans le cadre de sa fonction.</p> <p>Toujours selon les entretiens, elle bénéficie chaque année de formations spécifiques liées à ses fonctions, dispensées par le service qualité du siège, et participe de manière trimestrielle aux réunions regroupant l'ensemble des référents qualité de l'association. Elle est également identifiée par les professionnels comme référente qualité en raison de son rôle de [REDACTED] ons.</p> <p>Le pilotage de la qualité s'organise autour d'un comité de pilotage (COPIL) qualité, qui se réunit de manière hebdomadaire. Selon les entretiens, l'établissement dispose d'un Plan de la Qualité (PAQ), élaboré par la direction, mis à jour à différents moments,</p>

		<p>et d'analyse avec retour d'expérience (CREX) ;</p> <p>- La réalisation des travaux de maintenance recensés par l'audit de 2023 avec transmission des devis et des photographies une fois réalisés lesdits travaux.</p>			<p>notamment à la suite des inspections, des évaluations internes ou encore lors de la rédaction du projet d'établissement et accessible via l'intranet. Son suivi est assuré par la direction dans le cadre des réunions du COPIL. Ce comité regroupe la directrice qualité du siège, le responsable ou le référent qualité, ainsi que la direction de l'établissement.</p> <p>Concernant la gestion des événements indésirables</p> <p>La mission constate que l'établissement a transmis un document intitulé « Plan d'action global ». Ce document a pour objectif de suivre dans le temps l'avancement des actions et les engagements pris afin de réduire le risque de maltraitance lié au cadre de vie. Il est partagé entre la direction générale de l'organisme gestionnaire et les responsables des établissements, et communiqué régulièrement aux autorités de contrôle.</p> <p>Ce plan regroupe trois PAQ datés des 4 février, 30 avril et 1^{er} juin, ainsi qu'un PAQ supplémentaire intitulé « Import PAQ ». L'analyse de ce dernier montre qu'il permet de suivre différentes actions, classées selon plusieurs niveaux de priorité (importante, urgente, importante et urgente, importante mais non-urgente, ou prioritaire). La mission constate que la majorité des actions est pilotée par la direction. Il ressort de ce suivi que 6 actions ont été réalisées, 17 sont en cours, 20 sont programmées, 1 a été annulée, 1 reportée et 1 n'a pas encore débuté.</p> <p>Concernant la déclaration des événements indésirables</p> <p>La mission constate que l'établissement dispose d'une procédure spécifique, rédigée par le siège et mise en application depuis janvier 2023. Cette procédure décrit la marche à suivre pour effectuer une déclaration ainsi que les modalités de traitement des événements indésirables au sein des établissements de la Fondation. Concernant les déclarations aux autorités, l'analyse de la procédure datée du 6 janvier 2023 indique que tout dysfonctionnement grave susceptible d'affecter la prise en charge ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être des personnes accompagnées doit faire l'objet d'un signalement. D'après les entretiens, ces déclarations relèvent de la compétence exclusive de la direction, notamment en ce qui concerne le remplissage du volet 2 à destination de l'ARS. Cette organisation est confirmée par le formulaire de transmission de l'information aux autorités administratives, daté du 27 février 2025, sur lequel le directeur est désigné comme déclarant. L'inscription des actions correctives dans le PAQ relève également de la responsabilité de la direction, selon les informations recueillies lors des entretiens.</p>
--	--	---	--	--	--

				<p>Pour accompagner les professionnels dans la déclaration et le traitement des EI, l'établissement utilise l'outil numérique BLUE MEDI. Selon les échanges, cet outil permet également une déclaration anonyme. Une brochure explicative a été élaborée pour en faciliter l'usage, elle précise la définition d'un événement indésirable, recense onze catégories de dysfonctionnements ou d'événements graves, et distingue trois types d'événements : ceux en lien avec les personnes accompagnées, ceux liés à la logistique, et ceux relatifs à des incidents techniques ou environnementaux. Cette brochure décrit aussi le processus complet, de la saisie du signalement jusqu'à sa clôture. Selon les entretiens, cette initiative aurait favorisé une augmentation des déclarations via le logiciel.</p> <p>L'établissement ne prévoit pas de formulaire papier, mais la référente qualité peut accompagner les professionnels dans cette démarche. Toujours selon les entretiens, la direction examine les déclarations reçues et met en œuvre des mesures correctrices adaptées à la nature des faits, avec une réactivité immédiate lorsque la situation l'exige.</p> <p>Il ressort de l'analyse du PAQ du 4 février 2024, action n°12, que l'établissement a mis en place une instance de suivi des événements indésirables, chargée de définir ceux devant faire l'objet d'une analyse. Cette action est mentionnée comme « réalisée », et le commentaire associé indique que l'instance se réunit une fois par mois en présence de la référente qualité.</p> <p>Par ailleurs, l'action n°13 du même PAQ prévoit l'organisation d'au moins deux CREX par mois. Il ressort des échanges que la direction assure effectivement le suivi des événements indésirables graves et a instauré un CREX ayant permis l'analyse approfondie de quatre événements à ce jour. Toutefois, aucun compte-rendu de ces réunions n'a été transmis à la mission.</p> <p>Selon les entretiens, depuis le 1^{er} janvier 2025, 56 événements indésirables ont été enregistrés. Lors de la visite sur site, la mission a pu consulter la plateforme BLUE MEDI en présence de la référente qualité, ce qui a permis de constater que la majorité des signalements concerne les personnes accompagnées (40 sur 56). L'établissement a également transmis un tableau de suivi intitulé « Déclaration des événements indésirables 2024-2025 », qui permet un suivi détaillé de chaque événement depuis sa déclaration jusqu'à sa clôture. Ce document mentionne notamment le type d'événement, la date de saisie, le nom du déclarant, la nature de l'événement (pilotage, personnes, logistique), la présence éventuelle de victimes, l'évaluation de la criticité, le nom du cadre en charge du traitement, la date de validation EDA ainsi que l'état d'avancement (code couleur).</p>
--	--	--	--	---

				<p>À la lecture de ce tableau, la mission confirme que 56 événements ont bien été enregistrés en 2025, dont 11 classés comme événements indésirables graves (EIG). D'après ce tableau, tous les EIG ont été déclarés aux autorités compétentes, et sont indiqués comme « validés et envoyés ». Parmi ces 56 événements indésirables enregistrés, 39 concernent les personnes accompagnées (soit 70 %), 14 relèvent du pilotage et 3 de la logistique. Sur les 11 EIG, 8 concernent également les personnes accompagnées, ce qui représente 73 % des EIG enregistrés.</p> <p>Selon le tableau des événements indésirables (EI) transmis, 11 événements ont été déclarés aux autorités. À la lecture de quatre déclarations reçues, la mission relève notamment les situations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> – le 27 février 2025, un événement survenu la veille impliquant un passage de voleur, pour lequel une enquête de police est en cours ; – le 28 avril 2025, un incident lié à un arrêt ou un défaut de soins ou de surveillance ; – le 7 mai 2025, une erreur de prise en charge médicamenteuse ; – et le 13 mai 2025, un incident de type arrêt ou défaut de soins. <p>L'analyse de ces formulaires montre que l'établissement met systématiquement en place des mesures de protection adaptées pour les victimes, qu'il s'agisse d'usagers ou de professionnels. Dans certains cas, les familles ainsi que les professionnels concernés sont informés. L'organisation du travail est également réévaluée en fonction de la situation.</p> <p>Il ressort également des entretiens menés que les événements indésirables ne sont pas présentés au Conseil de la Vie Sociale (CVS). La mission a consulté les comptes-rendus des réunions du CVS des 6 février et 5 juin 2025, transmis par l'établissement, qui confirment cette absence de présentation, tant pour les événements indésirables que pour les réclamations. Un projet visant à présenter ce bilan au CVS est toutefois en cours et devrait aboutir d'ici la fin de l'année.</p>
--	--	--	--	---

				<p>Écart 4 : L'établissement n'informe pas le Conseil de la vie sociale (CVS) des événements indésirables et des réclamations, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R.331-10 du Code de l'action sociale et des familles (CASF)⁵.</p> <p>2. Sur la formation des professionnels à la déclaration des événements indésirables</p> <p>Il ressort des entretiens que les professionnels sont sensibilisés à la déclaration des événements indésirables. Cette sensibilisation s'appuie sur différents supports, notamment une plaquette spécifique remise aux salariés afin de faciliter l'identification, la classification et la déclaration des EI. La mission constate également que la référente qualité assure un rôle actif de formatrice interne sur ces questions, ce qui renforce la diffusion des pratiques auprès des équipes.</p> <p>Selon l'action n°11 du PAQ daté du 4 février 2025, une action de sensibilisation de l'ensemble des professionnels a été organisée le 10 février 2025. Cette initiative a été accompagnée d'un engagement formel de la direction à traiter tous les événements déclarés. Toutefois, la mission relève que cette formation, bien que mise en œuvre, ne figure pas encore dans le Plan de Développement des Compétences (PDC) 2024-2025, ce qui limite sa reconnaissance et sa formalisation au niveau institutionnel.</p> <p>3. Sur la formalisation de la politique de bientraitance</p> <p>Selon les entretiens réalisés, il apparaît que l'établissement ne dispose pas d'une politique de bientraitance formalisée. Toutefois, la mission constate que la promotion de la bientraitance est mentionnée dans le livret d'accueil de l'établissement. D'après les documents transmis, l'établissement possède un document formalisant sa politique de prévention des risques, de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance. Cette politique s'articule autour de quatre piliers principaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - repérer, alerter et traiter les risques, - disposer d'outils de contrôle et de qualité de service, - améliorer la connaissance commune en partageant un langage commun,
--	--	--	--	--

⁵Article R331-10 :Le conseil de la vie sociale de l'établissement, du service, du lieu de vie ou du lieu d'accueil concerné ou, à défaut, les groupes d'expression prévus au 1° de l'article D. 311-21 sont avisés des dysfonctionnements et des événements mentionnés à l'article L. 331-8-1 qui affectent l'organisation ou le fonctionnement de la structure. Le directeur de l'établissement, du service, du lieu de vie ou du lieu d'accueil ou, à défaut, le responsable de la structure communique à ces instances la nature du dysfonctionnement ou de l'événement ainsi que, le cas échéant, les dispositions prises ou envisagées par la structure pour remédier à cette situation et en éviter la reproduction.

				<p>- favoriser et partager une culture de la bientraitance.</p> <p>L'établissement s'est également doté d'une procédure précisant la conduite à tenir en cas de situation de maltraitance. Ce document définit les notions de maltraitance, les modalités d'identification, de traitement, ainsi que les règles à suivre en pareil cas. Il détaille enfin les actions à engager par l'encadrement, en fonction de l'auteur des faits.</p> <p>Lorsqu'il s'agit d'un acte commis par un professionnel salarié, un traitement disciplinaire peut être engagé, adapté à la gravité des faits, selon les règles juridiques en vigueur. Dans cette situation, la présomption d'innocence du professionnel est garantie, une trace écrite du suivi disciplinaire est conservée, et des mesures d'accompagnement peuvent être proposées au professionnel concerné ainsi qu'à l'équipe. La victime est également invitée à porter plainte.</p> <p>Si les faits ont été commis par un usager, une réunion est organisée avec lui et, s'il le souhaite, une personne de son choix. On lui explique alors la gravité des faits, les conséquences possibles, les sanctions prévues par le règlement, et on lui interdit de contacter la victime.</p> <p>D'après les entretiens menés, les cas avérés de maltraitance sont signalés aux autorités compétentes, y compris au Procureur de la République si nécessaire.</p> <p>Il n'existe pas de référent bientraitance clairement identifié. Néanmoins, la direction a récemment formé trois personnes, dont le psychologue, qui est identifié comme référent bientraitance. Ce dernier, bien qu'ayant suivi sa formation, n'a pas encore pris ses fonctions, car, selon son entretien, il est en attente de sa lettre de mission.</p> <p>D'après les entretiens menés, les situations de violence ou de harcèlement, qu'elles impliquent des personnes accueillies entre elles, des échanges avec le personnel ou avec des personnes extérieures, sont prises en charge par la direction. Cependant, il n'existe pas à ce jour de procédure spécifique dédiée à la gestion des comportements-problèmes. Pour pallier cette absence, des réunions pluridisciplinaires seront instaurées à partir de juin 2025 afin de mieux accompagner les résidents présentant des comportements problématiques.</p> <p>Selon le compte rendu transmis par l'établissement, cette réunion, animée par la directrice, a bien eu lieu le 25 juin 2025. À cette occasion, une réflexion sur les besoins fondamentaux a été au cœur des échanges.</p> <p>Il en ressort également, dans ce compte-rendu de réunion pluridisciplinaire, qu'a été évoquée la mise en place d'un comité de pilotage (COPIL) dédié à la bientraitance, afin de porter les valeurs et l'engagement de l'établissement sur ce sujet.</p>
--	--	--	--	---

					<p>Par ailleurs, les entretiens menés indiquent que des groupes d'analyse des pratiques sont animés chaque jeudi par un psychothérapeute extérieur. L'établissement a transmis huit feuilles d'émargement pour les sessions tenues en 2024-2025. Ces temps de réflexion sont ouverts à l'ensemble des professionnels, en fonction des plannings établis. Toujours selon les entretiens, les supports de bonnes pratiques sont disponibles dans la salle du personnel et remis aux nouveaux arrivants lors de leur embauche.</p> <p>Toujours selon les échanges, aucune procédure spécifique n'est prévue pour le signalement des agressions. En cas d'agression, c'est la procédure classique de déclaration des événements indésirables qui est appliquée. Les faits nécessitant un signalement judiciaire sont, quant à eux, directement transmis par la direction.</p>
--	--	--	--	--	---

Synthèse :

Les professionnels sont effectivement sensibilisés et accompagnés dans la démarche de déclaration des événements indésirables, ainsi que dans la prévention de la maltraitance. Cependant, bien que ces pratiques soient mises en œuvre, leur formalisation dans le Plan de Développement des Compétences demeure insuffisante. Il est essentiel de renforcer cette formalisation afin d'assurer la pérennité des actions, leur reconnaissance institutionnelle, et de garantir une démarche structurée et durable en matière de formation et de bien-être. Par ailleurs, l'établissement n'a pas transmis la lettre de mission du psychologue confirmant officiellement sa fonction de référent bien-être.

3.4. Prise en charge- respect des droits des personnes

	Thèmes et sous-thème IGAS	Prescription à l'issue de l'inspection du 18/04/2024	Décision au terme de la procédure contradictoire	Réponses de l'établissement à la lettre de décisions du 7 janvier 2025, reçues à l'ARS le 7 avril 2025	Constats réalisés lors de l'inspection du 19/06/2025
Prec 4	2.1-Fonctions support-Gestion des RH	Pour faire circuler l'information et mieux coordonner les professionnels, rendre compte de leurs transmissions, et de leurs réunions (en transmettant les comptes rendus des trois derniers mois) et les former en fonction des besoins et des obligations réglementaires comme à la bienveillance et à la connaissance et reconnaissance de la douleur.	Prescription maintenue car des preuves sont attendues à transmettre à l'ARS et au CD quant au remplissage à chaque transmission du cahier, matin, midi et soir. Délai 3 mois	Des CR des réunions de transmissions sont faits dans un cahier. La clarification des lieux d'échanges et de coordination sera clarifiée dans le cadre de la finalisation du projet d'établissement d'ici la fin du 1er semestre 2025	<p><u>Concernant les leviers permettant de faire circuler l'information auprès des professionnels :</u></p> <p>L'établissement a mis en place des outils de transmission en version dématérialisée qui ont été vus sur site par la mission et des professionnels rencontrés ont su situer l'endroit où se trouvaient les cahiers de transmissions.</p> <p><u>Concernant les réunions d'équipe :</u></p> <p>D'après les entretiens réalisés, les réunions de l'équipe socio-éducatives se tiennent de manière hebdomadaire et font systématiquement l'objet de comptes rendus. Les transmissions d'informations ont lieu trois fois par jour et sont consignées soit dans un cahier, soit via un logiciel dédié. Toujours selon les entretiens, une réunion hebdomadaire avec les résidents est également organisée afin de faire remonter les problématiques rencontrées.</p> <p>La mission constate, à la lecture des documents transmis, que l'établissement met en place différentes instances de réunion, témoignant d'un fonctionnement structuré et d'un souci de coordination entre professionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réunion pluridisciplinaire [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] <p>[REDACTED] ssus de différentes</p>

				<p>équipes. Ces réunions rassemblent divers intervenants : aides-soignants (AS), éducateurs sportifs, AMP, psychologues, ergothérapeutes, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réunion de l'équipe de nuit : un compte-rendu a été transmis. Cette réunion, animée par la coordinatrice, se tient une fois par trimestre (soit quatre fois par an). Les thématiques abordées concernent notamment les résidents, la sécurité, le recrutement, le matériel et la formation. - Réunion des infirmiers (IDE) : un compte-rendu daté [REDACTED] a été transmis. Cette réunion, animée par la coordinatrice des soins, a permis d'aborder plusieurs sujets : téléphone de service, pause repas, plan de soins, enveloppes de sortie, chariot de nuit, ainsi que les besoins en formation. - Réunions hebdomadaires de l'ergothérapeute : [REDACTED] - Réunion pluridisciplinaire du 1 [REDACTED] après le compte-rendu, cette réunion a été consacrée à l'organisation du repas thérapeutique. - Réunion institutionnelle du [REDACTED] selon le diaporama de présentation transmis, cette réunion a permis à l'établissement de présenter son plan d'action global. Elle a également abordé la prévention des risques de maltraitance, en rappelant sa définition, les sept formes de maltraitance selon la Haute Autorité de Santé (HAS), ainsi que les modalités de traitement des signaux d'alerte. <p><u>Concernant la reconnaissance de la douleur :</u></p> <p>L'établissement a transmis un support de formation et une feuille d'émargement de la formation, qui a eu lieu [REDACTED] dont des AS et AES et l'équipe de rééducation (ergothérapeute, psychologue, éducateur sportif, kinésithérapeute). Le contenu de la formation est assez dense et aborde certains aspects de la procédure de prise en charge, tels que les moments de dépistage, l'utilisation d'échelles, ainsi que les moyens de prise en charge de la douleur. Pour autant, aucune procédure claire n'est formalisée ni n'a été transmise à l'ARS lors du suivi des décisions issues de la précédente inspection.</p> <p>En entretien, l'IDE a indiqué utiliser l'échelle numérique pour les résidents communicants et les pictogrammes pour les résidents non communicants, et tracer systématiquement l'information dans [REDACTED]</p>
--	--	--	--	---

					Le médecin de la mission a analysé les dossiers médicaux des résidents sur l'année précédant l'inspection. Une résidente a fait l'objet d'un suivi spécifique d'octobre [REDACTED] sinon, seules deux évaluations de la douleur ont été tracées dans les dossiers [REDACTED] pour [REDACTED]. Ainsi, il n'y a eu aucune réelle amélioration du suivi de la douleur.
--	--	--	--	--	---

Synthèse :

Des outils permettant que chaque professionnel soit au même niveau d'information ont été développés, des réunions d'équipe sont organisées et donnent lieu à un compte-rendu. Néanmoins, l'établissement n'a pas formalisé une procédure claire relative à la détection et au suivi de la douleur, ni former les équipes et organiser un audit régulier de la prise en compte de la douleur par les équipes.

3.5. Gestion de l'information

	Thèmes et sous-thème IGAS	Prescription à l'issue de l'inspection du 18/04/2024	Décision au terme de la procédure contradictoire	Réponses de l'établissement à la lettre de décisions du 7 janvier 2025, reçues à l'ARS le 7 avril 2025	Constats réalisés lors de l'inspection du 19/06/2025
Presc 5	2.3-Fonction support-Gestion d'informations	Organiser les informations et tenir les dossiers administratifs du personnel ; - Les dossiers administratifs des résidents ; - Les dossiers médicaux, notamment numériques, en retranscrivant toutes les ordonnances et prescriptions	Prescription maintenue le temps que la démarche lancée pour compléter les dossiers incomplets aboutisse et qu'une alternative à la retranscription par le médecin coordonnateur à 0, 26 ETP des ordonnances soit trouvé, et en transmettre à l'ARS et au CD les preuves. Délai : 4 mois	Les dossiers des salariés sont toujours en cours de mise à jour de manière informatique, à partir des éléments papiers détenus au sein de l'établissement. Un travail est entamé par la CESF pour mettre à jour les dossiers des résidents. Des entretiens programmés de MAJ sont en cours, et visent notamment à réunir : - Contrat de séjour - Droit à l'image	Les dossiers administratifs des professionnels : L'établissement a fourni des éléments concernant la mise à jour progressive des dossiers des résidents sur le volet administratif. Les dossiers administratifs des résidents : Une réorganisation des dossiers des résidents a débuté sur un format dématérialisé. La direction nouvellement nommée lors des entretiens a déclaré que cet axe en lien avec la sécurisation des données et des personnes était une priorité. Au jour de l'inspection les dossiers papiers restent encore dans des armoires, dans une pièce sécurisée accessible à tous les professionnels généralement sur demande ou avec un badge. La direction a émis des mails aux familles ou ayant droits afin de compléter les dossiers administratifs afin d'obtenir toutes les pièces. Les mails restent en grande majorité sans réponses selon la direction.

		<p>Concevoir pour chacun d'eux un DLU exportable dans un dossier résumant les informations nécessaires pour les accompagner en consultations extérieures, en séjours hospitalier, etc.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Personne de confiance - Directives anticipées - Feuille d'attestation de réception des documents 	<p>La mission a pu trouver dans les dossiers administratifs des pièces appartenant au dossier médical (bilan de santé, résultat d'analyse).</p> <p>Écart 5 : La présence de données médicales et l'absence de certains documents obligatoires au sein des dossiers administratifs des résidents contrevient à l'article L311-3, (4°) CASF ⁶</p> <p>Les dossiers médicaux : Le jour de l'inspection, la mission a constaté que le dossier médical reste dispersé sur plusieurs supports différents, informatisés et papier, qui rendent complexe la continuité des soins et la coordination pluridisciplinaire. En effet, les ordonnances sont stockées dans des classeurs dédiés. Les antécédents et l'histoire de la maladie figurent à la fois dans le dossier informatisé et dans le dossier papier individuel (doublet). Les transmissions sont réalisées sur Netsoins™, notamment par les IDE titulaires, et certaines (les plus importantes, selon l'IDE interrogée) figurent en doublet sur un cahier de transmissions. Mais les IDE intérimaires ne saisissent pas toujours leurs transmissions sur [REDACTED] (d'après les entretiens, notamment parce qu'elles ne disposent pas toujours d'un identifiant et mot de passe) et n'utilisent que les transmissions papier. Les transmissions au format papier non reprises sur [REDACTED] donc vouées à se perdre Le suivi des administrations de médicaments se fait sur des feuilles de traitement individuelles. Le psychologue n'effectue quant à lui aucune transmission qui permettrait aux équipes de savoir qu'un résident bénéficie d'un suivi en psychologie (sans pour autant avoir besoin de révéler des aspects confidentiels sur le contenu des entretiens). L'établissement n'a pas poursuivi jusqu'au bout la logique de déploiement du dossier de l'utilisateur informatisé (DUI) après avoir pourtant choisi un logiciel qui permet de gérer la totalité de la prise en charge en ESMS. Le dossier de liaison d'urgence (DLU), qui se base sur le dossier informatisé, est affecté par les informations manquantes dans ce dernier (notamment les transmissions qui figurent dans le cahier de transmissions mais pas dans le DUI).</p>
--	--	--	--	--	--

⁶ Article L311-3 Version en vigueur depuis le 10 avril 2024 : L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés : 4° La confidentialité des informations la concernant ;

					<p>Remarque 4 : La dispersion des informations médicales et soignantes sur plusieurs supports, informatiques et papiers, conduit à doubler certaines informations et à en perdre d'autres, et pénalise la continuité des soins et le partage d'information pluridisciplinaire. Par ailleurs, les informations relatives aux médicaments (prescription ; suivi des administrations) sont entièrement gérées au format papier, ce qui génère des risques de fiabilité de l'information (difficulté à identifier les traitements qui ont été stoppés ; risque de perte et de falsification d'information). Le dossier de liaison d'urgence, censé être généré par le DUI, pâtit en conséquence du manque de certaines informations. Cette organisation est contraire aux bonnes pratiques professionnelles (réf. : DGAS_ juin 2007_ Guide pour les établissements sociaux et médico-sociaux, le dossier de la personne accueillie ou accompagnée, page 26 ; 2013-04_ANESM_Qualité de vie en MAS-FAM-volet1, page 30)⁷</p>
--	--	--	--	--	--

Synthèse :

L'établissement a engagé la mise à jour et la dématérialisation progressive des dossiers administratifs des salariés, mais ceux-ci demeurent en partie sous format papier, accessibles à plusieurs professionnels. Des pièces médicales ont été retrouvées dans ces dossiers, traduisant un manquement au respect de la confidentialité (article L311-3 CASF). Les dossiers médicaux restent dispersés entre supports papier et informatisés, entraînant doublons, pertes d'informations et ruptures dans la continuité des soins. Le dossier usager informatisé n'est pas pleinement déployé, compromettant la fiabilité du dossier de liaison d'urgence et la coordination pluridisciplinaire, en contradiction avec les bonnes pratiques professionnelles.

⁷ Guide DGAS Le dossier de la personne accueillie ou accompagnée : « Unicité du dossier : Chaque personne bénéficie d'un dossier unique, sous format papier ou informatique, dont le contenu et la forme sont identiques pour chaque usager d'un même établissement ou service. Il peut être envisagé de le compléter de dossiers tiers, antérieurs et/ou concomitants. Il ne doit cependant pas exister de double dossier, notamment avec un dossier à destination des professionnels et un autre pour la personne accueillie ou accompagnée. Authenticité de l'information : Toute information apportée au dossier est datée et son auteur est clairement identifié (nom et fonction) ; le cas échéant la pièce contenant ces informations est signée. » Guide ANESM Qualité de vie en MAS-FAM : « Organiser le partage de l'information entre professionnels concernant les temps forts qui rythment l'accompagnement de chaque personne accueillie et la vie de l'établissement en identifiant, avec les professionnels, les supports écrits collectifs (agenda de l'unité, tableau d'affichage, journal de l'établissement, mails, etc.) et individuels (dossier informatique, papier, etc.) les plus efficaces en veillant à ne pas les démultiplier. »

3.6. Gestion de l'information

	Thèmes et sous-thème IGAS	Prescription à l'issue de l'inspection du 18/04/2024	Décision au terme de la procédure contradictoire	Réponses de l'établissement à la lettre de décisions du 7 janvier 2025, reçues à l'ARS le 7 avril 2025	Constats réalisés lors de l'inspection du 19/06/2025
Presc 6	2.3-Fonction support-Gestion d'informations	Renforcer l'individualisation de l'accompagnement et le respect des droits des personnes en transmettant à l'ARS et au CD les éléments prouvant : - Un accompagnement aux directives anticipées - Une information sur et l'affichage de la liste des personnes qualifiées ; L'actualisation des PPA et l'homogénéisation de leur qualité et de leur contenu, et notamment son enrichissement quant à la vie affective,	Prescription maintenue le temps de mener les actions prévues pour renforcer l'individualisation de l'accompagnement des personnes, en transmettre les preuves à l'ARS et au CD Délai 3 mois.	Projet personnalisé PJ : - MAJ de 5 projet personnalisé sur le mois de mars 2025 - Tableau de suivi de l'actualisation des PP	<p>L'accompagnement aux directives anticipées : Aucun document ou protocole n'a été transmis à la mission. Lors des entretiens menés sur site, il apparaît que les directives anticipées ne sont pas abordées avec les usagers et leurs représentants.</p> <p>Écart 6 : L'établissement ne met pas en œuvre de dispositif favorisant la rédaction des directives anticipées ce qui contrevient à l'article R1111-19 du CSP⁸.</p> <p>L'actualisation des projets d'accompagnement : Un tableau de suivi avec des dates de réunion et de signature des PPA (projet personnalisé d'accompagnement) a été fourni, il ressort de l'étude des dossiers sur site, des documents fournis à la mission que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - [REDACTED] 2 ans, - [REDACTED] <p>La refonte de l'outil en cours ne fait pas mention de la prise en compte dans le projet individualisé de l'aspect vie affective et sexuelle. Même si la programmation est en cours, au jour de l'inspection aucun usager n'a son PPA à jour.</p>

⁸ article R1111-19Version en vigueur depuis le 01 janvier 20221.-Les directives anticipées sont conservées selon des modalités les rendant aisément accessibles pour le médecin appelé à prendre une décision de limitation ou d'arrêt de traitement dans le cadre de la procédure collégiale définie à l'article R. 4127-37-2.II.-A cette fin, les directives anticipées peuvent être déposées et conservées, sur décision de la personne qui les a rédigées, dans l'espace de son dossier médical partagé prévu à cet effet et mentionné au g du 1° de l'article R. 1111-42. Ce dépôt vaut inscription au registre prévu à l'article L. 1111-11. La personne peut également décider de n'y mentionner que l'information de l'existence de telles directives ainsi que le lieu où elles se trouvent conservées et les coordonnées de la personne qui en est dépositaire. Lorsque les directives anticipées sont conservées dans le dossier médical partagé, un rappel de leur existence est régulièrement adressé à leur auteur. Les modalités d'authentification, de conservation ainsi que d'accès et de révision et les garanties apportées afin de préserver la confidentialité des directives anticipées sont celles prévues pour le dossier. ;3° En cas d'admission dans un établissement médico-social, dans le dossier de soins conforme au dossier type mentionné au 8° de l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles.

		relationnelle et sexuelle et quant à la douleur.			<p>La liste de personnes qualifiées : Elle a été affichée.</p> <p>La prise en charge de la douleur : Les éléments transmis relatifs à la douleur ne comportent aucune procédure formalisée (cf. constats de la mission pour la prescription 4).</p> <p>L'analyse de la procédure « Gestion des chutes », datée du 2 [redacted] insmise dans le cadre du suivi des décisions de la précédente inspection montre que les intentions de l'établissement sont conformes aux bonnes pratiques (prise en charge immédiate des conséquences médicales ; traçabilité de la chute ; analyse des fiches de chute) mais la déclinaison qui en est faite est très imprécise quant aux responsabilités des différents professionnels. Ainsi, il est prévu une analyse des causes et une traçabilité de cette analyse, sans que le responsable de cette étape soit clairement identifié (il est indiqué « équipe pluriprofessionnelle », donc tout le monde, donc en pratique personne). Le rythme d'analyse des fiches de chute n'est pas non plus indiqué. Au sein de [redacted] la mission a observé qu'il n'y avait eu aucune traçabilité de l'analyse des fiches de chutes, rubrique pourtant prévue. Cela corrobore le fait que les responsabilités de chaque professionnel dans la gestion des chutes et de leur suivi ne sont pas identifiées.</p> <p>Dans le plan d'amélioration de la qualité transmis par l'établissement, l'échéance prévue de la rédaction des procédures (celles concernant les chutes et la douleur, mais également d'autres situations d'urgence telles que les crises d'épilepsie, les fausses routes, les détresses respiratoires, etc.) est fixée à [redacted] 5. A la date de finalisation de la rédaction de ce rapport, ultérieure à fin juin, ces documents n'ont pas été transmis.</p>
--	--	--	--	--	--

Synthèse :

Les documents transmis concernant la douleur et les chutes ne répondent qu'imparfaitement à la prescription. Ils doivent être revus afin de clarifier les moments de prise en charge et les responsabilités des différents professionnels. La programmation des PPA a été faite mais au jour de l'inspection aucun des projets n'est signé et ils n'abordent pas les aspects en lien avec la vie affective et sexuelle.

3.7. Gestion de l'information

	Thèmes et sous-thème IGAS	Prescription à l'issue de l'inspection du 18/04/2024	Décision au terme de la procédure contradictoire	Réponses de l'établissement à la lettre de décisions du 7 janvier 2025, reçues à l'ARS le 7 avril 2025	Constats réalisés lors de l'inspection du 19/06/2025
Presc 8	3.7-Prise en charge-Champ de l'insertion sociale	<p>Transmettre à l'ARS et au CD les éléments prouvant la formalisation des procédures et protocoles nécessaires aux besoins des personnes accueillies et que le personnel y a été formés, particulièrement concernant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'accompagnement à la fin de vie et les soins palliatifs ; - La douleur ; - Les chutes ; - Le fonctionnement prévu et mis en place en cas d'absence. 	<p>Prescription maintenue le temps que soient faits les protocoles relativement à la fin de vie, à la douleur, à la gestion et au fonctionnement de la structure en cas d'absence de cadre, et le personnel formé, et transmettre les protocoles et les attestations de formation à l'ARS et au CD.</p> <p>Délai : 4 mois</p>	<p>Seul le mode opératoire relatif aux chutes est transmis ; un plan de développement des compétences (PDC) est prévu sur le deuil en 2025 par Bleu Social. La procédure à suivre en cas d'absence est précisée en réponse mais n'est pas protocolisée. Un protocole absence directrice vacances d'avril 2025 a été transmis à la mission</p>	<p>Il a été indiqué à la mission d'inspection, que la cadre de santé a mis en place un travail de réflexion avec l'ergothérapeute, le médecin coordonnateur et le kinésithérapeute. Ce travail consistait à la mise en place de fiches réflexes et protocoles autour des chutes et de la gestion de la douleur.</p> <p>L'établissement a fourni la feuille d'émargement des professionnels formés à la sensibilisation de la douleur. La formation a été dispensée le 12 février 2025.</p> <p>Concernant les protocoles en vigueur dans l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une procédure relative à la gestion de la douleur a bien été transmise. Toutefois, celle-ci ne semble pas encore finalisée : elle ne mentionne ni l'auteur du document, ni la date de mise en application, ni les sources ayant permis son élaboration. - Un mode opératoire en cas de chute a été communiqué. Ce document détaille les étapes à suivre en cas d'incident. Il a été validé par l'ergothérapeute, la cheffe de service ainsi que l'infirmière. Un autre document a été transmis, portant sur la conduite à adopter en cas de chute avec déclaration d'un EIG. Enfin, un outil d'évaluation de la douleur, sous forme de schéma corporel, a été transmis. Destiné aux professionnels, ce support permet aux usagers d'indiquer les zones douloureuses à l'aide de représentations corporelles féminine et masculine.

Synthèse :

L'établissement a engagé une réflexion pluridisciplinaire (cadre de santé, médecin coordonnateur, ergothérapeute, kinésithérapeute) aboutissant à l'élaboration de fiches réflexes et de protocoles relatifs aux chutes et à la gestion de la douleur. Une formation à la sensibilisation à la douleur a été dispensée le 12 février 2025, avec feuille d'émargement fournie. Une procédure sur la gestion de la douleur existe mais reste incomplète (absence d'auteur, date et références). Deux documents relatifs aux chutes ont été transmis, un mode opératoire validé par plusieurs professionnels et une procédure spécifique aux EI

4. Vérification de l'effectivité de la mise en œuvre des mesures correctives correspondant aux recommandations notifiées le 7 janvier 2025.

4.1. Gouvernance- management.

	Thèmes et sous-thème IGAS	Prescription à l'issue de l'inspection du 18/04/2024	Décision au terme de la procédure contradictoire	Réponses de l'établissement à la lettre de décisions du 7 janvier 2025, reçues à l'ARS le 7 avril 2025	Constats réalisés lors de l'inspection du 19/06/2025
Reco 1	1.2- Gouvernance-Management et Stratégie	Il est recommandé de (re)formaliser les partenariats existants et d'en développer de nouveaux en réponse aux besoins des personnes	Toutes les conventions de partenariat n'ont pas été reformalisées. Recommandation maintenue le temps de la révision de toutes les conventions partenariales	L'établissement n'a pas apporté de réponse.	L'établissement a procédé à la mise à jour des conventions partenariales et a pour but, selon les entretiens menés avec la direction, de développer des partenariats en lien avec le vieillissement de la population accueillie.

4.2. Gouvernance- information.

	Thèmes et sous-thème IGAS	Prescription à l'issue de l'inspection du 18/04/2024	Décision au terme de la procédure contradictoire	Réponses de l'établissement à la lettre de décisions du 7 janvier 2025, reçues à l'ARS le 7 avril 2025	Constats réalisés lors de l'inspection du 19/06/2025
Reco 2	1.2- Gouvernance-Management et Stratégie	Il est recommandé de réaliser un rapport d'activité médicale.	Recommandation maintenue pour qu'un rapport médical soit réalisé quoique court et	L'établissement n'a pas apporté de réponse.	L'établissement n'a pas transmis de rapport d'activité médicale. Toutefois, un rapport d'activité de l'infirmerie a été remis le jour de l'inspection.

			synthétique pour tenir compte du peu de temps de travail du médecin coordonnateur		On retrouve des éléments du rapport médical dans le rapport infirmier (campagne vaccinale, rééducation fonctionnelle des résidents, état psychique des résidents) et qui est réalisé annuellement.
--	--	--	---	--	--

4.3. Gouvernance- prise en charge de l'usager.

	Thèmes et sous-thème IGAS	Prescription à l'issue de l'inspection du 18/04/2024	Décision au terme de la procédure contradictoire	Réponses de l'établissement à la lettre de décisions du 7 janvier 2025, reçues à l'ARS le 7 avril 2025	Constats réalisés lors de l'inspection du 19/06/2025
Reco 4	1.1-Gouvernance-Conformité aux décisions de l'autorisation ou de la déclaration	Il est recommandé de favoriser la reconnaissance par le personnel, des résidents relevant du FAM de ceux relevant de la MAS	Recommandation maintenue pour que le personnel puisse reconnaître quel résident et quelle résidente relève du FAM ou de la MAS.	Au 28/02/2025, une étude de faisabilité de l'identification des résidents FAM et MAS est en cours de réflexion sur les moyens nécessaires à mobiliser auprès des personnels, afin d'intégrer dans l'approche soignante et socio culturelle dans l'accompagnement des résidents les spécificités qui qualifie l'agrément FAM et MAS	L'établissement n'a pas transmis de pièces justificatives, l'étude de faisabilité pour favoriser la reconnaissance du personnel relevant du FAM et de la MAS n'est pas effective au jour de l'inspection.

4.Récapitulatif des écarts et des remarques

4.1 Écarts

Écart 1 :	La vacance des postes de médecin chargé de la coordination et d'IDE fragilisent l'échange des bonnes pratiques et la continuité des moyens permettant la traçabilité de la prise en charge en soins, ce qui contrevient aux articles L. 311.3, L. 344-2. et D. 344-5-13 du CASF	9
Écart 2 :	Le recours à des intérimaires pour assurer la présence de professionnels, sans leur apporter d'information de manière systématique et organisée sur la situation des usagers et sur le fonctionnement de l'établissement, fragilise le suivi des résidents et la sécurité de leur prise en charge, ce qui contrevient à l'article R 344 -2 du CASF .	14
Écart 3 :	L'aspirateur à mucosité n'était toujours pas fonctionnel le jour de l'inspection. Il s'agit d'un élément essentiel de sécurité dans la prise en charge des urgences. (art. L312-1-II du CASF ; art. L311-3 du CASF ; art. D344-5-6 du CASF)	18
Écart 4 :	L'établissement n'informe pas le Conseil de la vie sociale (CVS) des événements indésirables et des réclamations, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R.331-10 du Code de l'action sociale et des familles (CASF).	25
Écart 5 :	La présence de données médicales et l'absence de certains documents obligatoires au sein des dossiers administratifs des résidents contrevient à l'article L311-3, (4°) CASF	31
Écart 6 :	L'établissement ne met pas en œuvre de dispositif favorisant la rédaction des directives anticipées ce qui contrevient à l'article R1111-19 du CSP.	33

4.2 Remarques

Remarque 1 :	Au jour de l'inspection le poste d'IDE est vacant.	7
Remarque 2 :	Dans la semaine précédant l'inspection, deux situations d'absence d'infirmière sur une demi-journée s'accompagnent d'un défaut de traçabilité des soins, ce qui suggère que la surcharge de travail qui en a résulté pour les IDE présentes sur une demi-journée seulement, est à l'origine du défaut de traçabilité et donc de fragilisation de la continuité des soins.	8
Remarque 3 :	L'absence de fiche de poste et de lettre de mission pour la référente qualité ne permet pas à la mission et à l'intéressée d'avoir une vision claire des tâches attendues dans le cadre de sa fonction.	21

Remarque 4 : La dispersion des informations médicales et soignantes sur plusieurs supports, informatiques et papiers, conduit à doubler certaines informations et à en perdre d'autres, et pénalise la continuité des soins et le partage d'information pluridisciplinaire. Par ailleurs, les informations relatives aux médicaments (prescription ; suivi des administrations) sont entièrement gérées au format papier, ce qui génère des risques de fiabilité de l'information (difficulté à identifier les traitements qui ont été stoppés ; risque de perte et de falsification d'information). Le dossier de liaison d'urgence, censé être généré par le DUI, pâtit en conséquence du manque de certaines informations. Cette organisation est contraire aux bonnes pratiques professionnelles (réf. : DGAS_ juin 2007_ Guide pour les établissements sociaux et médico-sociaux, le dossier de la personne accueillie ou accompagnée, page 26 ; 2013-04_ANESM_Qualité de vie en MAS-FAM-volet1, page 30)

32

5. Conclusion

La mission d'inspection de suite, menée de manière inopinée au sein du Centre de vie PasseRaile le 19 juin 2025 par l'ARS IDF et le CD de Seine-et-Marne, a fait le constat d'un lieu de vie géré et animé par des professionnels engagés et investis.

La direction nouvellement nommée, a pris en compte la nécessité de mise en œuvre des mesures inscrites à titre définitif dans la lettre de décisions du 7 janvier 2025, et à organiser des actions afin de répondre favorablement aux mesures et ainsi assurer le bien-être et la qualité d'accompagnement des usagers, conformément à la législation et aux recommandations de bonnes pratiques.

La mission a relevé une amélioration de la qualité la prise en charge des personnes accompagnées, notamment sur certains aspects du fonctionnement institutionnel et du suivi éducatif et social.

La mission a vérifié l'effectivité de mesures correctives précédemment prescrites, à savoir :

- L'amélioration du suivi des projets personnalisés et du travail pluridisciplinaire.
- La sécurisation des locaux.
- La formalisation partielle de certains protocoles internes et la consolidation du rôle de référent qualité.

En revanche, elle a noté que plusieurs mesures correctives demeurent à mettre en œuvre ou à finaliser, notamment :

- La vacance de postes clés (médecin coordinateur, infirmier diplômé d'État) qui fragilise la continuité et la traçabilité des soins (Écart 1).
- Le recours persistant à des intérimaires journaliers, sans transmission systématique des informations sur les usagers et le fonctionnement, impactant la sécurité et la qualité du suivi (Écart 2).
- L'absence de matériel de sécurité fonctionnel, tel que l'aspirateur à mucosité (Écart 3).
- Le défaut d'information du Conseil de la vie sociale (CVS) sur les événements indésirables et les réclamations (Écart 4).
- Le non-respect de la confidentialité des données administratives et médicales dans les dossiers des usagers (Écart 5).
- L'absence de dispositif favorisant la rédaction des directives anticipées, pourtant prévue par le Code de la santé publique (Écart 6).

De plus, la mission a constaté que la mise en œuvre d'une mesure levée n'était pas toujours pérennisée, notamment sur les thématiques suivantes :

- La dynamique d'équipe et la mobilisation du personnel autour des projets personnalisés.
- L'organisation interne des activités éducatives et sociales.

En outre, plusieurs remarques appellent une attention particulière :

- L'absence de fiche de poste et de lettre de mission pour la référente qualité (Remarque 3).
- La dispersion et le doublonnage des informations médicales et soignantes sur plusieurs supports (papier et informatique), impactant la fiabilité et la continuité du suivi (Remarque 4).
- Le défaut ponctuel de traçabilité des soins lié à l'absence d'infirmière sur certaines périodes (Remarques 1 et 2).

Ces constats nécessitent que l'association gestionnaire et la direction de l'établissement mettent en œuvre pleinement l'ensemble des mesures correctives demandées, tout en engageant des actions correctives complémentaires pour sécuriser la continuité des soins, renforcer la gouvernance interne et garantir le respect des droits fondamentaux des usagers, conformément aux exigences du Code de l'action sociale et des familles (CASF) et du Code de la santé publique (CSP).

Saint-Denis, le 20 octobre 2025

6. Liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport

AES : Accompagnant éducatif et social

AMP : Aide médico-psychologique

ARS : Agence régionale de Santé

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

Conseil Départementale de Seine-et-Marne : CD 77

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CSP : Code de la santé publique

CVS : Conseil de la vie sociale

DLU : Dossier de liaison d'urgence

EI/EIGG : Evènement indésirable/évènement indésirable grave

ES : Educateur spécialisé

ETP : Equivalent temps plein

FAM : Foyer d'accueil médicalisé

FV : Foyer de vie

HAS : Haute Autorité de santé (ex-ANESM)

IDE : Infirmier diplômé d'Etat

IRAS : Inspection régionale Autonomie et Santé

MAS : Maison d'accueil spécialisée

ME : Moniteur-éducateur

MDPH : Maison départementale pour les personnes handicapées.

PE : Projet d'établissement

PACQ : Plan d'amélioration continue de la qualité

PPA : Projet personnalisé d'accompagnement

PECM : Prise en charge médicamenteuse

PRIC : Programme régional d'inspection et de contrôle

RDF/RF : Règlement de fonctionnement

RH : Ressources humaines

7. Annexes

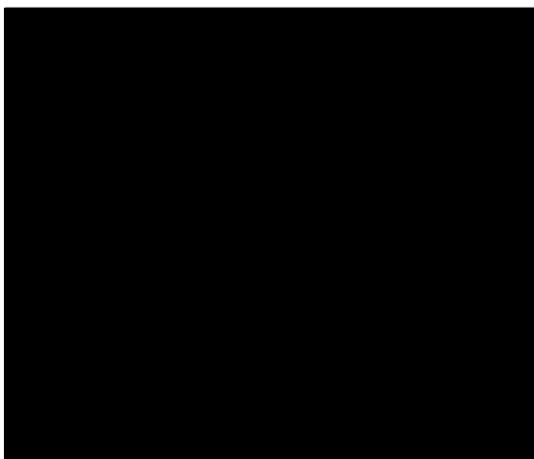
Annexe 1. Lettres de mission des agents chargés du contrôle



Cabinet du Directeur général
Inspection régionale autonomie santé

Délégation départementale de l'ARS
de Seine et Marne

Références : 2025_IDF_00079



Saint-Denis, le 19 juin 2025

Objet : Lettre de mission d'inspection – EAM (MAS FINESS : 770002269 / FAM FINESS : 770005668) du Centre de vie « Passeraille » à Magny-le-Hongre

Mesdames,

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 ont la 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'EAM du Centre de vie « Passeraille » géré par la fondation OVE et situé 45 rue Bois de la Garenne à Magny-le-Hongre (77700), a fait l'objet d'une inspection inopinée sur site le 18 avril 2024 conjointement par l'ARS IDF et le Conseil départemental de Seine-et-Marne (CD77). La mission d'inspection a constaté des dysfonctionnements

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

présentant des risques sérieux et immédiats pour la sécurité des personnes. Pour les faire cesser, il a été notifié le 13 juin 2024 à l'établissement, sans attendre la rédaction du rapport, trois Injonctions immédiates.

La lettre des mesures définitives, en date du 7 janvier 2025, notifie 2 Injonctions immédiates, 3 Injonctions, 7 prescriptions, 3 recommandations.

Les réponses, apportées depuis par l'établissement, amènent la Délégation départementale de Seine-et-Marne et le CD77 à demander une inspection de suites afin vérifier l'effectivité des mesures correctives notifiées.

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

- Prévention et lutte contre les maltraitances :
 - o Respect des droits des personnes
- Gouvernance :
 - o Management et stratégie ;
 - o Gestion de la qualité ;
 - o Gestion des risques, des comportements déviés et des événements indésirables.
- La gestion des ressources humaines
- L'individualisation de la prise en charge des personnes accueillies ou accompagnées :
 - o Projet individualisé d'accompagnement ;
 - o Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie.
- La prise en charge médicamenteuse (PECM) des résidents.
- L'organisation des soins.
- L'application des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) de la Haute Autorité de santé (HAS) et des sociétés savantes.

La mission débutera à compter du jeudi 19 juin 2025 et sera assurée par :

Monsieur **Guillaume LEBLANC**, inspecteur de l'établissement, et **Mme. Sandrine LEBLANC**, inspectrice de l'établissement.

Elle

La mission sera réalisée conjointement avec le Conseil départemental de Seine-et-Marne (CD77) dont les deux agents disposeront de leur propre lettre de mission. L'inspection sera réalisée selon les modalités suivantes :

- Mode Inopiné, sans information préalable de l'établissement ;
- Présence sur place entre 8 heures et 20 heures¹.

Les dispositions de l'article L.1421-3 du Code de la santé publique (CSP)² s'appliqueront. A 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.

¹ Art. L.1421-2 du CSP

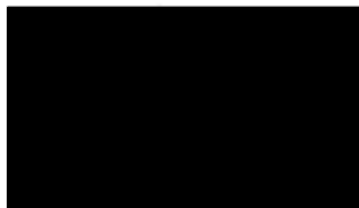
² Art L.1421-3 du CSP : « Les agents mentionnés à l'article L. 1421-1 peuvent recueillir sur place tout renseignement, toute justification ou tout document nécessaires aux contrôles. Ils peuvent exiger la communication et obtenir ou prendre copie, par tout moyen et sur tout support, ou procéder à la 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.

A l'issue de la mission, un rapport conjoint me sera remis ainsi qu'au Président du CD77. Il sera accompagné d'un courrier conjoint 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, conjointement avec le Président du CD77, les décisions définitives au terme 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, ainsi qu'au Président du CD77, dans les meilleurs délais.

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



DIRECTION GENERALE ADJOINTE
DE LA SOLIDARITE
DIRECTION DE L'AUTONOMIE

Melun, le 17 JUIN 2025

Affaire suivie par Marie-Thérèse DESNOYERS
Courriel : marie-therese.desnoyers@departement77.fr

Monsieur
Président
Fondation
19 rue M
69120 V

Objet : Lettre d'information d'une mission d'inspection – EAM « PasseRaile » à Magny-le-Hongre

Monsieur le Directeur général,

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

L'EAM Centre de vie « PasseRaile », géré par la fondation OVE et situé 45 rue Bois de la Garenne à Magny-le-Hongre (77700), a fait l'objet d'une inspection inopinée sur site le 18 avril 2024, conjointement par l'ARS IDF et le Conseil départemental de Seine-et-Marne (CD77). La mission d'inspection a constaté des dysfonctionnements présentant des risques sérieux et immédiats pour la sécurité des personnes. Pour les faire cesser, il vous a été notifié, sans attendre la rédaction du rapport, trois injonctions immédiates le 13 juin 2024.

La lettre des décisions définitives, envoyée le 7 janvier 2025, vous notifie 2 injonctions immédiates, 3 injonctions, 7 prescriptions et 3 recommandations.

L'Agence régionale de santé Île-de-France (ARS IDF) et le Conseil départemental de Seine-et-Marne ont ainsi décidé conjointement de diligenter une inspection de suites, inopinée de l'EAM « PasseRaile », situé 45 rue Bois de la Garenne - 77700 Magny-le-Hongre (MAS de 12 places, FINESS : 770002269 et FAM de 36 places, FINESS : 770005668).

Cette inspection a notamment pour objectifs de contrôler :

- La prévention et la lutte contre les maltraitements ;
- La gouvernance ;
- La gestion des ressources humaines ;
- La prise en charge médicamenteuse et en soins des résidents ;
- L'application des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) de la Haute Autorité de santé (HAS).

95200 Saint-Denis
Tél : 01 44 02 00 00
arsidf.fr

Hôtel du Département | CS 50377 | 77010 Melun cedex | 01 64 14 77 77 | seine-et-marne.fr

Ce contrôle sera réalisé conformément à l'article L1421-3 du Code de la Santé Publique :
« Les agents mentionnés à l'article L. 1421-1 peuvent recueillir, sur place ou sur convocation, tout renseignement, toute justification ou tout document nécessaire 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 documents de toute nature, entre quelques 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. »

Cette mission débutera à compter du **jeudi 19 juin 2025 à 9h** et comprendra un contrôle sur pièces et sur site (toute la journée).

Les professionnels peuvent demander communication de tous les documents nécessaires à l'accomplissement de leur mission, selon les dispositions de l'article L. 1421-3 du Code de santé publique (CSP).

Ils mènent également les entretiens avec les personnes que la mission juge utile de rencontrer.

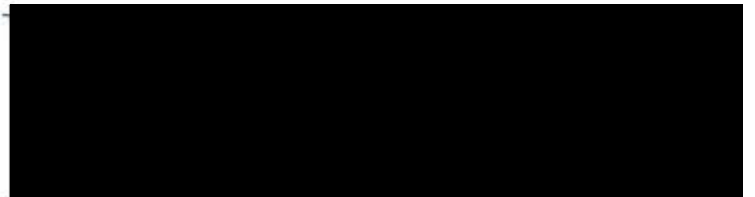
A la suite de la visite sur site, un courrier conjoint de propositions de décisions administratives vous sera adressé, auquel le rapport établissant les constats faits par la mission sera joint. Ce courrier fera l'objet d'une procédure contradictoire, en application des dispositions de l'article L. 121-1 du Code des relations entre le public et l'administration, pour vous permettre de faire part de vos éventuels commentaires et observations sur les décisions envisagées.

Un courrier conjoint de décisions définitives vous sera notifié au terme de la procédure contradictoire.

Toutefois, si les constats de l'inspection conduisent à la mise en œuvre des dispositions prévues aux articles L. 313-14 et suivants du Code de l'action sociale et des familles (CASF), une proposition de mesures adaptées vous sera signifiée dans les meilleurs délais.

Je vous prie d'agréer monsieur le Président, l'expression de ma considération distinguée.

Monsieur Jean-François PARIGI
Président du Conseil départemental
de Seine-et-Marne



Annexe 2. Liste et relevé des documents demandés



Liberté
Égalité
Fraternité



N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant. Noter directement sur chemise les infos importantes	Mode de transmission	Observation (Transmis O/N...)
1	Liste nominative des usagers par unité d'intervention admis à ce jour avec leur date de naissance ou âge, date d'entrée, et leur type orientation MDPH, l'origine des usagers et si protection juridique ainsi que l'équivalent temps de présence (si possible <u>format EXCEL</u> et PDF) ;	5 copies papier	Transmis
2	Liste nominative des professionnels intervenant au sein de l'établissement CDI/CDD, intérimaires stagiaires, libéraux etc..) avec leur fonction, affectation, présents/absents/poste vacant et date de recrutement (format <u>EXCEL</u> et PDF)	5 copies papier	
3	Un plan des locaux et code d'accès ou clé le cas échéant	5 copies papier 5 accès si possible	
4	Organigramme nominatif	5 copies papier	
5	Planning nominatif des salariés présents (y compris l'équipe de la nuit écoulée) ce jour, légendé (explication des codes couleurs et abréviations) – dont vacataires	5 copies papier	
6	Les codes du logiciel de soins pour l'accès du médecin de la mission sur site et à distance, valable 3 mois.	1	
7	Le cas échéant : l'accès au logiciel de gestion de la qualité et de déclaration des événements indésirables et des dossiers des usagers pour un accès sur site et valable 3 mois à distance	2	

Documents demandés pour une consultation sur place :

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant	Consultation sur place	Remis	Commentaires
1	Dossiers des usagers (administratif – soins)	Consultation		Consulté sur site
2	Registre de recueil des événements indésirables (EI).	Consultation		
3	Classeurs de tous types de procédures en vigueur dans l'établissement.	Consultation		
4	Registre des réparations.	Consultation		
5	Registre de recueil des réclamations et des doléances des usagers et des familles	Consultation		
9	Supports de transmission, de suivi et de communication en interne.	Consultation	Oui	

Documents remis par BlueFiles :

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant	Blue files avec N°	Transmis O / N	Commentaires /Questions
I- La gestion des ressources humaines : conformité des effectifs présents par rapport au projet d'établissement et au budget alloué, absentéisme et recours à l'intérim, formations				
1	Qualifications, diplômes et contrat de travail de tout le personnel.	Bluefiles	Transmis	
2	Fiche de poste et/ou lettre de mission de tout le personnel.	Bluefiles		
3	Tableau des ETP pourvus et non pourvus du mois en cours (<i>tableau Excel</i> et PDF)	Bluefiles		
4	Procédure en cas d'absence imprévue du personnel	Bluefiles		
5	Organisation de la permanence/astreinte de direction en cas d'absence de la direction (note/procédure)	Bluefiles		
6	CR des réunions	Bluefiles		
7	Projet d'établissement en vigueur -COPIIL projet établissement -réunion d'élaboration et ou d'actualisation -retroplanning (avancement ...) -compte rendu de présentation du PE au CVS	Bluefiles		
8	Projet de soins en vigueur (organisation des soins)	Bluefiles		
9	Plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) en vigueur : -Fiches action -tableau de bord -niveau de criticité (étude)	Bluefiles		
10	Résultat des enquêtes de satisfaction 2024			
11	Plannings des équipes de janvier 2025 à avril 2025 (y-compris les temps de transmission) et organisation type des professionnels par unité ou secteur pour l'intervention éducative et l'intervention en soin. Précision de la légende des sigles et couleurs utilisés	Bluefiles		
12	Plan de formation réalisé N-1 et prévisionnel N, attestations des formations suivies	Bluefiles		
13	CR du CSE du 01/12/2024 au 01/06/2025	Bluefiles		
II- La communication interne avec les résidents et les familles et les modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bienveillance				
14	Règlement de fonctionnement de l'établissement	Bluefiles	Transmis	
15	Procédure des Projets d'accompagnement individualisés (PAI) (création et réactualisation et dates de synthèses prévues)	Bluefiles		
16	Calendrier de mise à jour/réévaluation des différents PAI	Bluefiles		

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant	Blue files avec N°	Transmis O / N	Commentaires /Questions
17	-Procédures et modalités de déclaration des évènements indésirables (EI, EIG, EIAS) au niveau de la structure et aux autorités de contrôle (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016)	Bluefiles	Transmis	
18	Procédure de gestion et suivi des évènements indésirables	Bluefiles		
19	Extraction/copie du registre d'enregistrement, sur les années N, N-1, des EI-EIG, EIAS, mentionnant leur déclarations aux autorités de contrôle et de tarification, et le plan d'actions correctives mises en œuvre	Bluefiles		
20	CR des RETEX-CREX réalisés depuis le 01/12/2024	Bluefiles		
21	Document(s) définissant la politique et le plan de lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance	Bluefiles		
22	Procédure de signalement en cas d'agression ; déclaration des signalements effectués auprès des autorités	Bluefiles		
23	- Composition du CVS et date d'élection du CVS - CR des réunions des CVS 2024 et 2025 - Règlement de fonctionnement du CVS	Bluefiles		
24	Livret d'accueil des usagers	Bluefiles		
25	Plan de mise en sécurité (PDMS)	Bluefiles		
III- L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins et la prise en charge des résidents				
26	Toutes les procédures en lien avec le circuit du médicament et autres documents en lien avec la prise en charge médicamenteuse	Bluefiles	Transmis	
27	Convention avec l'officine de pharmacie délivrant les médicaments	Bluefiles		
28	CR d'évaluation de la convention signée avec le pharmacien d'officine	Bluefiles		
29	Support de formation : Conduite à tenir en cas de situations d'urgence, ainsi que les feuille d'émargement de la formation	Bluefiles		
30	Liste nominative des médecins traitants de chacun des usagers	Bluefiles		
31	Contrats/conventions avec les professionnels de santé libéraux intervenant dans l'EAM	Bluefiles		
32	Conventions entre l'EAM et structures extérieures au titre de la continuité des soins : -Établissement de santé avec service d'urgences -CMPP -Centre évaluation de la douleur -Services de psychiatrie, pédopsychiatrie - Etc.	Bluefiles		

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant	Blue files avec N°	Transmis O / N	Commentaires /Questions
33	Calendrier, feuilles de présence et CR des réunions impliquant des soignants et médecins pour l'année précédente et l'année en cours	Bluefiles		
34	Liste des mini formations (= effectuées en interne) délivrées aux équipes soignantes pour l'année précédente et l'année en cours (thèmes, dates, professionnel ayant délivré la formation, feuilles de présence)	Bluefiles		
35	Procédure /protocole concernant les chutes et la gestion de la douleur	Bluefiles		
IV- L'organisation et la prise en charge éducative des usagers				
36	Liste des usagers par référent éducatif et soins, et par unité et type de prise en charge (FAM /MAS)	Bluefiles		
V- Autres				
37	Registre de sécurité et rapport de la dernière visite de la commission de sécurité incendie.	Bluefiles	Transmis	
38	Attestation de vérification de la potabilité de l'eau.	Bluefiles		
39	Tout document complémentaire que l'établissement juge utile de transmettre	Bluefiles		

Annexe 3. Liste des usagers, familles et professionnels avec lesquels la mission s'est entretenue

Usagers et familles	Professionnels
4 usagers pris en charge	-1 directrice territoriale -1 cheffe de service socio-éducatif ; -1 IDE ; 1 Cadre IDE ;3 AS ; -2 éducateurs -1 psychologue -1 ergothérapeute -Des élus au Conseil Économique et représentants syndicaux -1 AS intervenant de nuit. -1 agent technique



13 rue du Landy

93200 Saint-Denis Tél : 01 44 02 00 00

iledefrance.ars.sante.fr