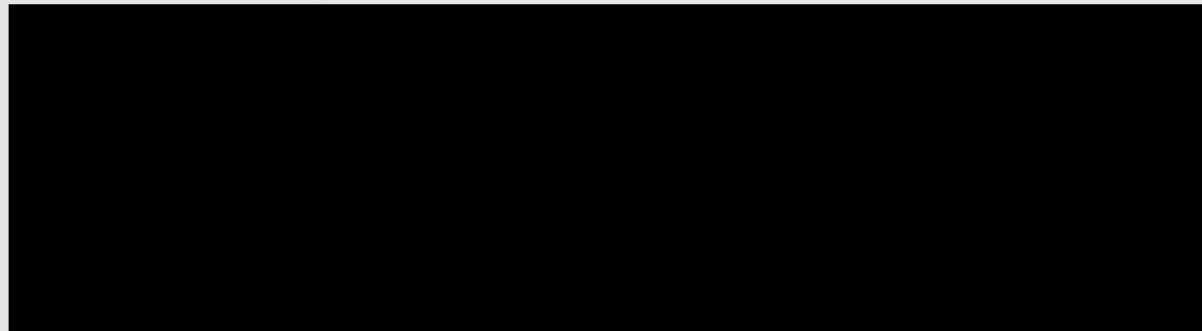


**Cabinet du Directeur général  
Inspection régionale autonomie santé**

**Maison d'Accueil Spécialisée (MAS)  
« Les Oliviers »  
64-66, avenue Garibaldi  
Saint-Maur des-Fossés (94100)**

**RAPPORT D'INSPECTION  
N°2025\_IDF\_00082  
Contrôle sur place le 15 mai 2025**

**Mission conduite par :**



**Textes de  
référence**

Articles L6116-1 à L6116-3 du Code de la santé publique (CSP) ;  
Article L313-13 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) ;  
Articles L.1421-1 à L1421-3 du CSP ;  
Article L1435-7 du CSP ;  
Article L133-2 du CASF.

## L'avertissement

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

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

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

Enfin :

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

# Le sommaire

<b>1. La gouvernance</b>	<b>8</b>
<b>1.1. La conformité aux conditions de l'autorisation</b>	<b>8</b>
<b>1.2. Le management et la stratégie</b>	<b>8</b>
1.2.1. Le règlement de fonctionnement	8
1.2.2. Le projet d'établissement	8
1.2.3. Le plan bleu	9
1.2.4. L'organigramme	9
1.2.5. La direction et l'encadrement	9
1.2.5.1. Le directeur et la directrice adjointe	9
1.2.5.2. Les qualifications du directeur	10
1.2.5.3. Le remplacement et les délégations de la direction	10
1.2.5.4. Les CODIR	10
1.2.5.5. Les astreintes	10
1.2.5.6. Le personnel d'encadrement	10
<b>1.3. Le conseil de la vie sociale</b>	<b>11</b>
<b>1.4. La qualité et la bientraitance</b>	<b>11</b>
1.4.1. Le plan qualité	11
1.4.2. L'évaluation externe	11
1.4.3. La bientraitance	11
1.4.3.1. Les faits de maltraitance passés	11
1.4.3.2. La promotion de la bientraitance et de la prévention de la maltraitance	14
1.4.4. Les comportements problèmes	14
<b>1.5. La gestion des risques, des crises et des événements indésirables</b>	<b>15</b>
1.5.1. Les enquêtes de satisfaction	15
1.5.2. Les plaintes et réclamations	15
1.5.3. Les événements indésirables	15
<b>2. Les fonctions support</b>	<b>17</b>
<b>2.1. La gestion des ressources humaines</b>	<b>17</b>
2.1.1. Les effectifs	17
2.1.1.1. Les professionnels administratifs et techniques	17
2.1.1.2. Les professionnels médicaux et soignants	17
2.1.1.3. Les professionnels socio-éducatifs	18
2.1.1.4. Les professionnels de nuit	18
2.1.2. Les postes vacants	18
2.1.3. Les contrats de travail	19
2.1.3.1. Le nombre de CDD	19
2.1.3.2. Les contrats à durée courte et le recours à l'intérim	20
2.1.4. Le taux d'absentéisme	20
2.1.5. Les conflits entre la direction et les salariés	21
2.1.6. Le taux de rotation	22
2.1.7. Les dossiers administratifs du personnel	22
2.1.8. Les intervenants et prestataires externes	23
2.1.9. Le plan de formation	23
2.1.10. Les temps d'échange institutionnels	24
2.1.11. Les plannings	26
2.1.11.1. L'organisation des plannings	26
2.1.11.2. La planification du temps de travail	26
2.1.12. Les fiches de poste	27
2.1.13. Les glissements de tâche	27
<b>2.2. La gestion des informations</b>	<b>27</b>
2.2.1. Les affichages réglementaires	27
2.2.2. Le registre unique du personnel	27
2.2.3. Le registre des entrées et sorties des usagers	28
2.2.4. Les dossiers des usagers	28
2.2.5. Les dossiers médicaux	28
<b>2.3. La gestion des locaux</b>	<b>28</b>
<b>8. L'accompagnement éducatif, soignant et médical</b>	<b>30</b>
<b>8.1. L'admission</b>	<b>30</b>
<b>8.2. Les projets personnalisés d'accompagnement</b>	<b>30</b>

<b>8.3. Les activités</b>	<b>30</b>
<b>8.4. La vie sociale et relationnelle</b>	<b>31</b>
<b>8.5. La personne de confiance et les directives anticipées</b>	<b>31</b>
<b>8.6. L'alimentation</b>	<b>32</b>
8.6.1. La conception des repas	32
8.6.2. Les commissions menus	32
8.6.3. Les régimes et textures	32
8.6.4. Les troubles de la déglutition et la gestion des fausses routes	32
8.6.5. La qualité des repas et le suivi nutritionnel	32
<b>8.7. La dispensation des soins</b>	<b>33</b>
8.7.1. L'organisation des soins	33
8.7.1.1. L'organisation des soins définie par le projet d'établissement	33
8.7.1.2. Le médecin chargé de la coordination médicale et soignante	33
8.7.1.3. La cadre IDE	33
8.7.1.4. La continuité des soins	33
8.7.2. Les missions médicales	33
8.7.3. L'infirmier	34
8.7.4. La prise en charge en rééducation (psychomot, ergothérapeute, orthophoniste, orthoptiste)	35
8.7.5. La gestion des urgences médicales	35
8.7.6. Les procédures et protocoles	35
<b>8.8. Le circuit du médicament</b>	<b>36</b>
8.8.1. Les procédures du circuit du médicament	36
8.8.2. Les prescriptions	36
8.8.3. Les commandes	36
8.8.4. La dispensation	36
8.8.5. La livraison	37
8.8.6. Le stockage	37
8.8.7. La distribution et l'administration	37
<b>9. Le récapitulatif des écarts et des remarques</b>	<b>38</b>
9.1. Les écarts	38
9.2. Les remarques	39
<b>10. La conclusion</b>	<b>41</b>
<b>11. La liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport</b>	<b>42</b>
<b>Annexe : Lettres d'information et de mission</b>	<b>44</b>

### **Éléments déclencheurs de la mission**

Le présent contrôle, diligenté sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), s'inscrit dans le plan national d'inspection et de contrôle des établissements pour personnes en situation de handicap dont la poursuite jusqu'en 2030 fait l'objet d'une « orientation nationale d'inspection - contrôle » (ONIC).

### **Méthodologie suivie et difficultés rencontrées**

L'inspection a été réalisée de façon inopinée.

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

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

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

### **Principaux écarts et remarques constatés par la mission**

- Le déménagement n'étant pas prévu avant 2028, les efforts doivent perdurer pour maintenir la qualité de l'accompagnement et la sécurité des locaux et aucun diagnostic de leurs défauts et dysfonctionnements structurels n'a été réalisé pour qu'il en soit tenu compte dès la conception architecturale des futurs locaux ;
- La finalisation de la révision des outils de la loi 2002-2 : projet d'établissement, règlement de fonctionnement ;
- L'acquisition par le directeur d'un diplôme de niveau 6 d'ici septembre 2026 d'après le calendrier de la formation continue présentée à la mission ;
- Des postes sont vacants ;
- Il n'y a pas de plan qualité et d'enquête de satisfaction ;
- La formation et la sensibilisation du personnel à la bientraitance n'est pas prévue au plan pour cette année, l'analyse de leurs pratiques non plus, et toutes les 15 actions du plan de prévention de la maltraitance suite aux événements survenus par le passé ;
- Les activités d'animation ne sont pas programmées dans un plan annuel qui fait le bilan de l'année écoulée et planifie l'année à venir ;
- La numérisation des procédures, des protocoles, de la traçabilité des actes et des dossiers des résidents est à systématiser en accompagnant et en formant le personnel à l'utilisation du logiciel choisi par la MAS dont l'utilisation reste à ce jour partielle ;
- Le circuit du médicament est à sécuriser par l'amélioration des procédures incomplètes et des pratiques, notamment d'identitovigilance.

# L'introduction

## Contexte de la mission d'inspection

Cet établissement a été inscrit au programme régional 2025 d'inspection contrôle de l'ARS à la demande de la Direction départementale du Val de Marne en raison de la réception de plusieurs déclarations d'événements indésirables et dysfonctionnements adressés à l'ARS par l'établissement.

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

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

## Modalités de mise en œuvre

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

Le contrôle a été réalisé sur site le 15 mai 2025 de manière inopinée.

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

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

# 1. La gouvernance

## 1.1. La conformité aux conditions de l'autorisation

La MAS est gérée [redacted] ne association de parents qui a fusionné en 2003 avec d'autres associations parentales locales. Elle est affiliée à l'UNAPEI. Elle gère des dispositifs variés à destination de personnes en situation de handicap.

À l'ouverture, le 11 juillet 1989, la MAS a été autorisée par arrêté [redacted]

D'après [redacted]

[redacted] ce qui correspond à la population hébergée comme l'a constatée la mission, avec pour pathologies parmi les plus représentées : des déficiences motrices et cérébrales, des troubles du spectre de l'autisme, de la trisomie ou des maladies orphelines.

La population connaît une double évolution :

- L'augmentation du nombre de situations complexes, de personnes avec des troubles du spectre autistique ;
- La moyenne d'âge au sein de la MAS est de 45 ans avec certains profils considérés comme des personnes handicapées vieillissantes (PHV), 63% des personnes accompagnées résident dans l'établissement depuis plus de 15 ans.

Le gestionnaire a signé un CPOM départemental en 2023.

## 1.2. Le management et la stratégie

### 1.2.1. Le règlement de fonctionnement

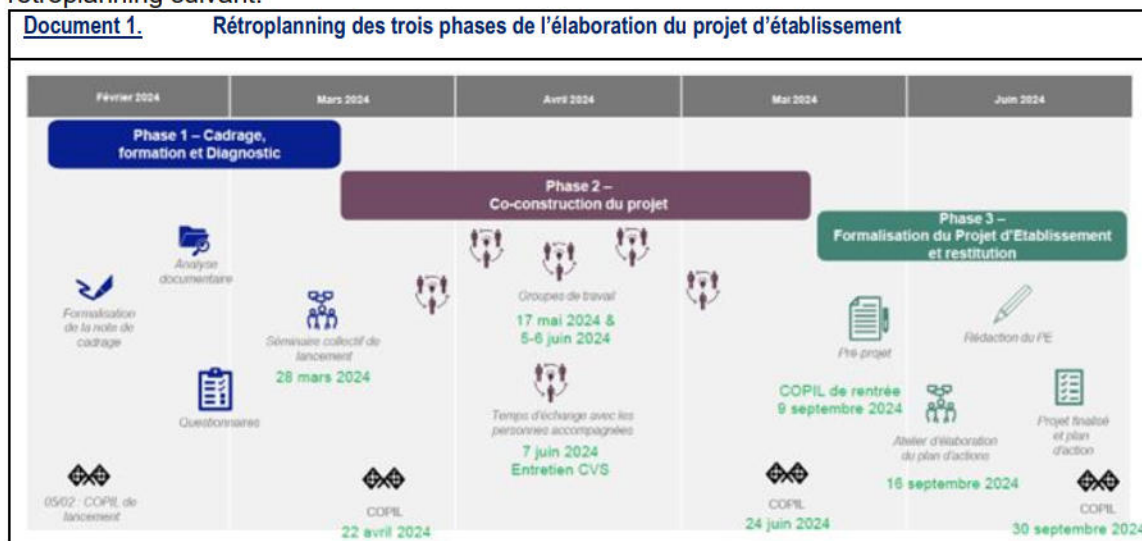
Le règlement de fonctionnement de la MAS est en cours de révision, puis sera soumis à l'approbation du conseil d'administration de l'organisme gestionnaire et du CVS de l'établissement.

**Écart 1 :** Le nouveau règlement de fonctionnement de la MAS n'a pas été encore définitivement arrêté, il est en cours d'approbation par le siège gestionnaire et le conseil d'administration et sera ensuite soumis au CVS (L311-7 du CASF).

### 1.2.2. Le projet d'établissement

La MAS a été accompagnée par les consultants d'un cabinet de conseil pour la rédaction de son projet d'établissement qui s'est déroulée entre février et septembre 2024.

Il a été coconstruit avec le personnel et les personnes accompagnées en trois phases telles que les présente le rétroplanning suivant.



A son arrivée, le directeur a constaté que la version livrée par le cabinet de conseil contenait des dispositions qui n'étaient pas réglementaires. C'est pourquoi le projet d'établissement est encore en cours de correction. Puis il sera présenté aux instances pour son approbation (assemblée générale de l'organisme gestionnaire et CVS).

**Écart 2 :** Le nouveau projet d'établissement de la MAS est en cours de finalisation avant d'être soumis à l'approbation du conseil d'administration de l'association gestionnaire et du CVS (L311-8 du CASF).

### 1.2.3. Le plan bleu

L'établissement a un plan "de continuité d'activité et de gestion de crise" intégrant les dispositions relatives au plan bleu, sa dernière mise à jour date du 19 mai 2025.

Les missions de la cellule de crise y sont définies.

Des fiches actions sont prévues pour faire face aux différentes situations susceptibles de se présenter.

Des fiches de mission détaillent également les rôles de chaque professionnel ainsi que les équipements et matériels disponibles.

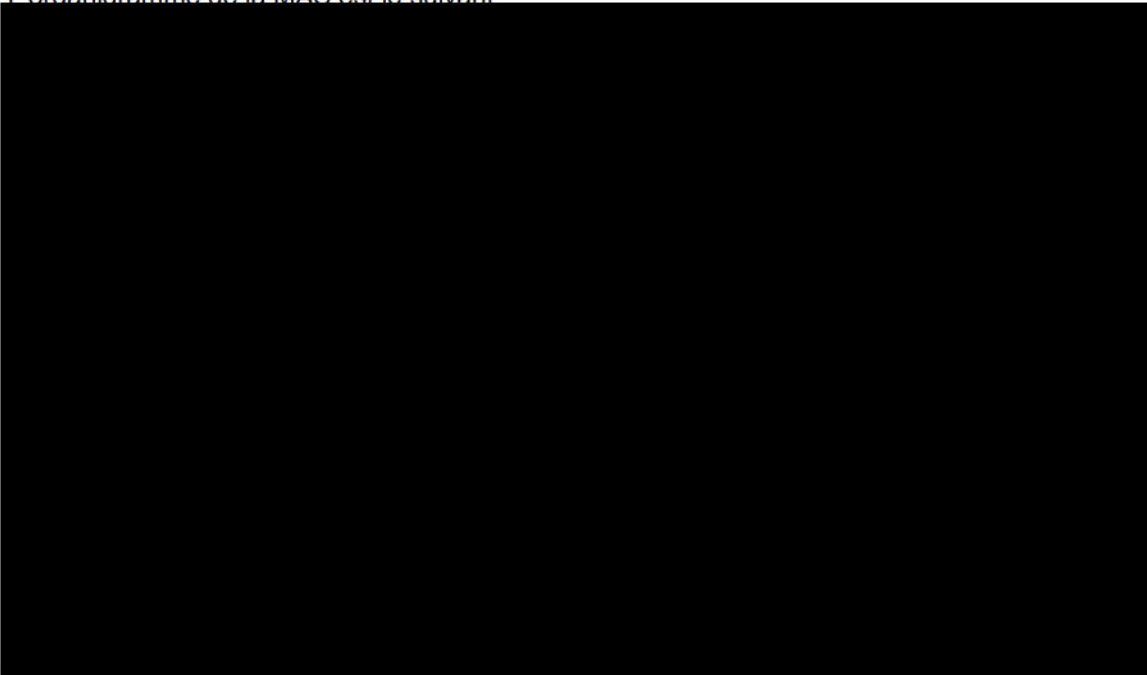
Cependant, plusieurs éléments sont à préciser ou sont absents :

- Les partenariats existants avec d'autres établissements ;
- La convention formalisée avec un établissement de santé de proximité ;
- Les modalités de formation annuelle du personnel, notamment par des exercices (une fiche étant prévue à cet effet en annexe du plan, aux pages 56 et 57) ; plans de formation transmis pour 2023, 2024 et pour 2025 ne prévoient pas de formations dédiées aux situations exceptionnelles.

**Écart 3 :** Les partenariats existants avec d'autres établissements et la convention formalisée avec un établissement de santé de proximité en cas d'événement exceptionnel ne figurent pas au sein du plan bleu de la MAS qui n'a pas été arrêté après consultation du CSE et du CVS et qui n'a pas donné lieu à sa présentation, sa communication et à la formation du personnel aux modalités de déclenchement et de gestion des crises prévues par le plan bleu (R311-38-1 CASF et R311-38-1 (III) CASF)

### 1.2.4. L'organigramme

L'organigramme de la MAS est le suivant :



### 1.2.5. La direction et l'encadrement

#### 1.2.5.1. Le directeur et la directrice adjointe

son arrivée.

**Remarque 1 :** L'absence de fiche de poste validée par le gestionnaire et recouvrant l'ensemble des missions relevant d'un personnel de direction ne lui permet pas d'appréhender clairement son positionnement au sein de la structure et d'en assurer le pilotage d'après les recommandations de bonnes pratiques de la HAS dans son guide « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » de décembre 2008.

#### **1.2.5.2. Les qualifications du directeur**

Le directeur ne serait titulaire du diplôme requis qu'à partir de septembre 2026.

**Écart 4 :** Le directeur n'étant pas titulaire d'une certification au moins de niveau II enregistrée au répertoire national des certifications professionnelles prévu à l'article L335-6 du code de l'éducation, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article D312-176-7 du CASF relatives à la qualification des directeurs.

#### **1.2.5.3. Le remplacement et les délégations de la direction**

C'est la directrice adjointe qui assure les missions de direction en l'absence du directeur.

Le directeur dispose d'une délégation qui précise ses compétences et ses missions. Le DUD signé a été remis à la mission d'inspection.

La directrice adjointe n'a pas encore de document unique de subdélégation de pouvoir, elle occupe également le poste de cadre de santé en attendant la transformation d'un poste d'IDE en poste d'IDEC.

La mission d'inspection a été informée que l'organisation de la subdélégation était en cours et qu'elle serait mise en place prochainement.

**Écart 5 :** En l'absence de document unique de subdélégation détaillant les compétences de la directrice adjointe et organisant la continuité de la direction, celle-ci n'est pas assurée en l'absence du directeur, ce qui contrevient à l'article D315-67 CASF.

#### **1.2.5.4. Les CODIR**

Des CODIR, réunissant les cadres et la direction, sont organisés toutes les semaines avec prise de comptes-rendus (qui ont été transmis à la mission).

#### **1.2.5.5. Les astreintes**

Les astreintes sont partagées par les quatre cadres : le directeur, la directrice adjointe et les deux chef et cheffe de service, du lundi au lundi. Il y a un lutin d'astreinte avec des procédures.

Il est arrivé qu'une fois le directeur vienne la nuit pour un contrôle inopiné des veilleurs de nuit, il n'a pas constaté de problème particulier, à l'exception d'un doute sur un des veilleurs qui peut-être dormait pendant ses gardes. Le directeur n'a pas constaté que ce problème puisse se reproduire.

#### **1.2.5.6. Le personnel d'encadrement**

Les deux postes de chefs de services sont occupés par des professionnels compétents et valablement diplômés.

La directrice adjointe fait fonction de cadre de santé en attendant que le poste soit occupé. Or les besoins de cadre de santé sont si importants qu'il a été indiqué à la mission qu'elle en occupe davantage les fonctions à ce jour plutôt que celles de directrice adjointe. En effet, il a été décidé la refonte des protocoles de soins ou encore de l'organisation du circuit du médicament.

Pour palier cela, une proposition a été faite au siège pour transformer un poste d'IDE en IDEC.

**Écart 6 :** La vacance du poste de cadre de santé est compensée par la directrice adjointe à titre provisoire, en attendant le recrutement d'un professionnel dédié car le dédoublement des fonctions de la directrice adjointe ne lui permet pas de réaliser tout le travail nécessaire à la cohérence et à la continuité des soins de toute nature que nécessite l'état de la personne, par la coordination des intervenants et un encadrement des professionnels comme le prévoient les 2° et 3° de l'article D344-5-12 du CASF.

### 1.3. Le conseil de la vie sociale

La MAS a un CVS qui a un règlement intérieur et qui en a réalisé une version simplifiée pour faciliter sa lisibilité et son accessibilité par les personnes.

Les élections des représentants actuels se sont tenues le 28 février 2024.

Des comptes rendus des séances ont été réalisés en 2024, 2025 dont les ordres du jour permettent de constater qu'y sont présentés et discutés :

- Les conditions de fonctionnement (locaux dont le déménagement, ressources humaines dont les recrutements), d'accompagnement, d'hébergement des personnes ;
- Le projet d'établissement ;
- La qualité, les événements indésirables, les résultats des enquêtes de satisfaction avec un bilan une fois par an;
- Les repas et le prestataire pour l'alimentation.

Un rapport annuel du CVS a été réalisé en 2023 et 2024.

### 1.4. La qualité et la bientraitance

#### 1.4.1. Le plan qualité

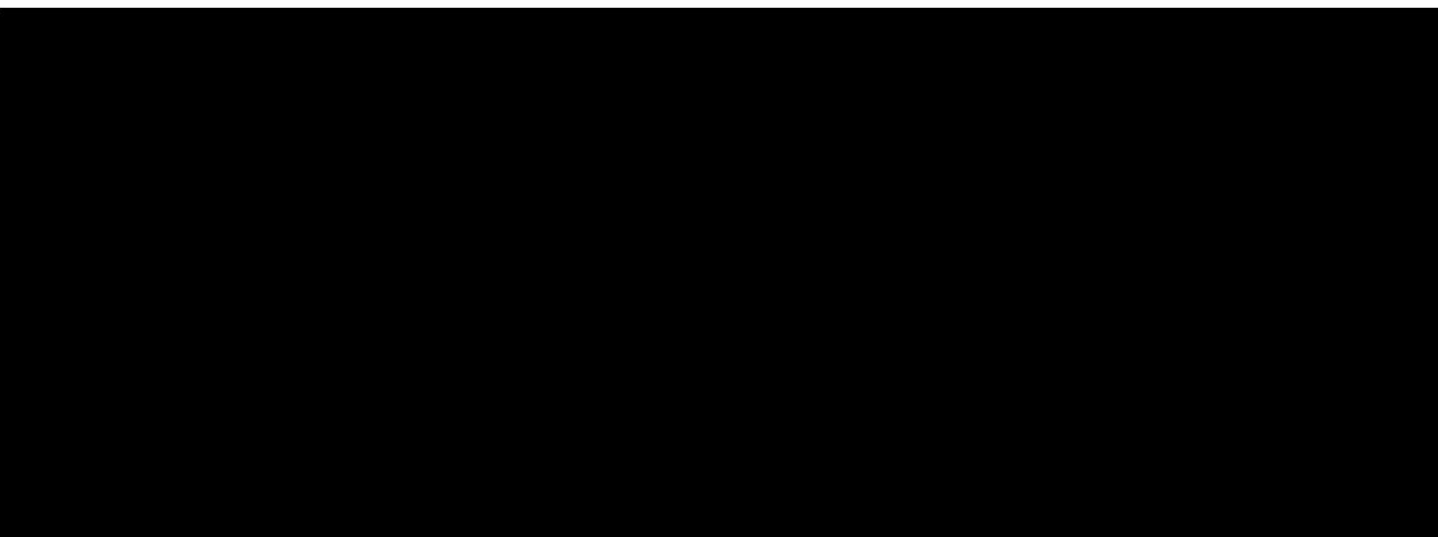
La référente qualité est la directrice adjointe.

L'établissement tient des COPIL qualité dont des comptes rendus sont réalisés et qui ont été transmis à la mission.


La MAS n'a pas encore réalisé de plan d'amélioration continue de la qualité : le logiciel qualité qu'elle utilise comme support de planification ne recense comme actions qui sont formalisées et suivies dans le temps que celles concernant le DUERP et celles pour améliorer la remontée des EI. Pourtant d'autres actions sont pilotées par ailleurs dans le cadre d'un plan comme pour la promotion de la bientraitance ou pour le déménagement ; un plan qualité ayant vocation à être une synthèse et à apporter un regard d'ensemble.

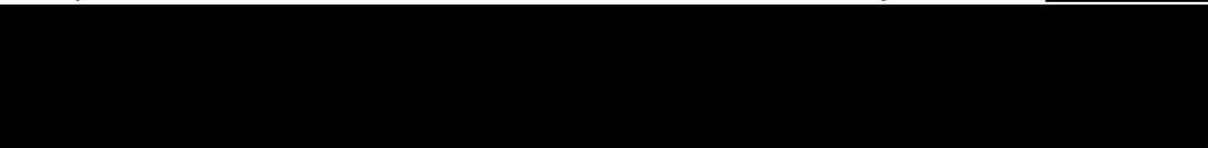
**Écart 7 : Sans planification de toutes les actions d'amélioration de la qualité, elles ne peuvent pas être toutes connues et suivies dans leur réalisation afin que la démarche soit continue tel que le prévoit l'article L312-8 du CASF.**

#### 1.4.2. L'évaluation externe



#### 1.4.3.1. Les faits de maltraitance passés

La présente mission a été décidée pour, entre autres, constater les améliorations de la MAS en matière de bientraitance et de prévention de la maltraitance à la suite de l'événement survenu le 7 janvier 2021 : 



L'état d'avancement des 15 actions du plan qui a été mis en place est le suivant

Action	Description	Etat d'avancement
Action 1	Mise en place de 7 coordinateurs d'unité	Réalisé : des référents d'appartement ont été nommés
	Rédiger la fiche de mission 'coordinateur d'unité'	Réalisé : la fiche de mission a été transmise
	Organiser un COPIL de suivi de la feuille de route : directeur, chefs de service, neuropsychologue, coordinateur d'unité, médecin coordinateur quand il sera nommé	Pas de preuve apportée sur la réalisation de cette sous-action
Action 2	Formaliser un ensemble de principes et de postures adaptés devant guider tous les professionnels pour la relation à l'utilisateur, aux familles et la coopération interne (une liste de prescriptions, une liste de proscriptions)	Ont été réalisés pour les trois sous-actions de l'action 2 : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une charte des professionnels ;</li> <li>• Un plan de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance ;</li> <li>• Un cercle de bientraitance ;</li> <li>• Des réunions diverses (institutionnelles, thématiques, cliniques, CODIR) pour informer et communiquer sur la bientraitance et la maltraitance.</li> </ul>
Action 2	Déterminer un cadre de référence commun d'intervention	
Action 2	Mettre en place un espace de réflexion éthique	
Action 3	Communiquer sur l'attitude sans ambiguïté de la direction de la MAS, de l'APOGEI 94 sur le traitement des postures éthiques inacceptables	Cette communication est constatée par la réalisation <ul style="list-style-type: none"> <li>• De la charte des professionnels ;</li> <li>• Du plan de prévention et de promotion de la bientraitance ;</li> <li>• Les rappels réguliers en réunion d'équipe et en CODIR.</li> </ul>
Action 4	Poursuivre le processus de formalisation interdisciplinaire des observations et des objectifs à présenter pour les projets personnalisés : animation par les chefs de service, implication d'un référent du quotidien par usager, implication des ressources transversales	Une nouvelle trame et une nouvelle procédure pour les PAP ont été réalisées et transmises
Action 5	Mettre en place tous les jours d'un temps de transmission inter-unités (14h à 15h) Mettre en place une Cellule d'urgence pour le traitement interne des situations complexes	Des temps de transmission journaliers entre les équipes de 14h à 14h30 avec l'infirmière et certains professionnels accompagnants ont été mis en place (Les chefs de service ont participé à ce temps lors du lancement mais ce n'est plus d'actualité) Il n'a pas été apporté de preuve de la mise en place d'une cellule d'urgence pour le traitement interne des situations complexes
Action 6	Mettre en place une formation rigoureuse sur la prévention et le traitement des comportements problématiques de personnes avec TED Mettre en place une supervision rigoureuse sur la prévention et le traitement des comportements problématiques de personnes avec TED	Une formation a été réalisée sur la « Gestion des comportements problématiques » le modèle ABC du 17 au 19 septembre 2024. Il n'en est pas prévue en 2025 et il n'est pas apporté non plus de preuve quant à la mise en place d'une supervision rigoureuse sur la prévention et le traitement des comportements problématiques
Action 7	Organiser une formation sur les stratégies d'animation en MAS / FAM avec activités par programme, par lieu, par événement, par projet	Des formations ont été réalisées en 2022 (le 2 février, le 22 et le 15 avril) mais depuis le personnel a changé, dont les animateurs et animatrices.
Action 8	Résoudre les points de difficultés dans la qualité et la quantité des repas servis (puis chaîne HACCP complète) Envisager une formation et audit HACCP, plan de maîtrise sanitaire	Les actions suivantes ont été réalisées : <ul style="list-style-type: none"> <li>• La réalisation d'un plan de maîtrise sanitaire sur les principes HACCP (Hazard Analysis Critical Control Point. Il s'agit d'une méthode qui permet de prévenir et d'identifier les dangers liés aux pratiques d'hygiène alimentaire) avec sa transmission aux autorités de l'Etat compétentes (DDPP 94) avec une équipe dédiée pour son suivi et son</li> </ul>

		<p>application (le responsable de la restauration du prestataire ; le responsable qualité de la MAS et un représentant de sa direction) et des actions correctives aux manquements constatés ainsi que des mesures de soutien complémentaires ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La réalisation d'une procédure d'organisation de la matinée en cuisine ;</li> <li>• L'intervention d'une diététicienne pour former et sensibiliser le personnel sur "les besoins nutritionnels, la sécurité et le plaisir alimentaire des personnes en situation de handicap et de polyhandicap", le support de formation organisée les 9, 15 et 16 avril 2025 a été transmis</li> </ul>
<b>Action 9</b>	Poursuivre le travail de l'équipe de direction sur la conduite institutionnelle et la communication interne	Les actions que le gestionnaire indique avoir réalisées pour cette communication sont la réalisation d'une charte de bientraitance, le plan de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance ainsi que l'installation du cercle de bientraitance
<b>Action 10</b>	Identifier des référents documentation interne, avec un système de communication de cette dernière	Pas de référent d'identifié
<b>Action 11</b>	Mettre en place un groupe de travail pour la simplification des horaires et des plannings, leur lisibilité, en excluant le recours à des horaires continus (implication éventuelle de la DRH de l'association, de professionnels) - Accompagnement avec un tiers extérieur	<p>L'action est en cours de réalisation, les nouveaux plannings sont en cours de formalisation ; les prochaines étapes indiquées à la mission sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une communication prévue lors de la réunion institutionnelle du 28/05/2025 ;</li> <li>• Un temps de présentation en réunion d'étage et d'équipes à partir du mois de juin ;</li> <li>• La finalisation au travers d'un travail de co-construction avec les équipes ;</li> <li>• La mise à l'ordre du jour de ce point en CVS et CSE</li> </ul>
<b>Action 12</b>	Poursuivre l'animation du COPIL sur le projet d'établissement avec des groupes de travail conjoints (dont un sur la bientraitance)	Le groupe a été monté et a travaillé en lien avec le cabinet ayant accompagné la MAS dans la réalisation de son projet d'établissement et des outils de la loi 2002-2
<b>Action 13</b>	Animer et organiser un groupe de pilotage sur la démarche d'amélioration continue de la qualité : indicateurs d'auto-évaluation, suivi des plaintes et réclamations, suivi de la satisfaction des usagers et familles, suivi des événements indésirables, formalisation puis audit des procédures, mise à jour des outils de la loi 2002-2	Un COPIL qualité et de traitement des EI a été installé, il s'est réuni pour la première fois le 20 mars 2025.
<b>Action 14</b>	Mettre en place d'un groupe de travail sur la conception de nouveaux locaux	Le groupe de travail ("Quel cadre de vie pour la MAS de demain ?") mis en place est l'un des six installés par le cabinet ayant accompagné la MAS pour le renouvellement de son projet d'établissement : ce groupe ayant listé : "Ce que j'aime dans la vie de la MAS aujourd'hui" ; "ce dont j'ai envie dans la MAS de demain" et "Ce dont je ne veux plus dans la MAS de demain" dont le premier point qui est ressorti est "Des chambres et des sanitaires collectifs". Un rétro planning a été transmis.
<b>Action 15</b>	Améliorer l'organisation de la prise en soin	<p>Il a été répondu que : "depuis l'arrivée de la directrice adjointe, un travail d'amélioration de l'ensemble de la proposition d'accompagnement concernant les Soins est en cours. L'embauche prochaine d'une infirmière coordinatrice, de plus d'aides-soignantes et le fait de positionner des référents Soins afin d'accompagner les équipes et tendre vers une montée en compétence participent à l'amélioration de l'organisation de la prise en soins".</p> <p>En plus, la MAS a eu des interventions de Rhapsodif, d'handygynéco et d'une pédicure</p> <p>Le suivi des ECG des résidents concernés (par Val-Consult) est également mis en place.</p>

**Remarque 2 :** Les 15 actions du plan mis en place pour prévenir les faits de maltraitance suite à ceux survenus par le passé n'ont pas toutes été réalisées.

#### **1.4.3.2. La promotion de la bientraitance et de la prévention de la maltraitance**

L'actuelle direction a fait de la promotion de la bientraitance et de la prévention de la maltraitance une priorité.

Ses supports sont :

- Un « Plan de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance », a été élaboré par l'association gestionnaire avec trois axes (1. Aider au repérage et au traitement des faits de maltraitance ; 2. Prévenir les risques et questionner les pratiques ; 3. Déployer une culture partagée de la bientraitance) dont les actions n'ont pas été toutes atteintes (une seule l'est à 100% et concerne l'axe 1) ;
- Le projet de service précise que les valeurs de l'association sont de : « Promouvoir une démarche qualité avec l'ensemble des professionnels et développer les actions autour de la bientraitance ». Il place la bientraitance au cœur de l'accompagnement. Il précise aussi l'organisation de « temps de sensibilisation et de formations pour les professionnels appelés cercles de la bientraitance » ;
- Le DUD qui précise qu'il incombe au Directeur la mission « d'amélioration continue de la qualité et de la bientraitance au regard des recommandations des bonnes pratiques professionnelles » ;
- Un document intitulé « Activité autour des droits des usagers / de la bientraitance » a été transmis par l'inspecté. Élaboré en 2024 par la neuropsychologue, il présente un projet visant à sensibiliser les résidents aux notions de bientraitance et de maltraitance à travers des activités adaptées à leurs capacités. À l'aide de supports ludiques tels que le théâtre ou les marionnettes, les résidents sont encouragés à identifier et comprendre les comportements respectueux ainsi que ceux pouvant relever de situations de maltraitance (cercle de bientraitance) ;
- Une procédure de signalement et de gestion des situations de maltraitance, la mission ayant constaté que l'ARS a reçu des événements indésirables pour déclarer des faits de maltraitance, Le dernier fait de maltraitance signalé remonte au 19 avril 2025 : une professionnelle rapportait avoir été témoin d'un acte de violence commis par une collègue envers une personne accompagnée. (cf.1.5.4. Le suivi, l'analyse et le retour d'expérience des EI) ;
- Une charte bientraitance à laquelle les professionnels sont formés et dans laquelle sont rappelés les règles et les attendus concernant les liens et les interactions entre le personnel et les résidents, entre le personnel et les représentants légaux, et entre professionnels ;
- Des actions d'information, de sensibilisation ont été initiées comme les cercles de la bientraitance (formation interne) organisés par la neuropsychologue en 2024, mais qui n'ont pas été poursuivis en 2025 alors que grâce à l'utilisation du jeu de l'oie dit « REKA », ces échanges prennent la forme d'une analyse de pratiques, favorisant ainsi l'apprentissage de la détection des situations de maltraitance.

Le livret d'accueil pour l'externat et l'internat ne mentionne pas les numéros en cas de maltraitance.

**Écart 8 :** La bientraitance est une priorité de la direction, ses supports et ses actions le prouvent mais leur formalisation et leur pilotage, pour que le personnel y soit sensibilisé et formé, sont en cours puisque des actions de sensibilisation ne sont plus menées (comme les groupes d'analyse de la pratique), d'autres sont à réaliser comme d'intégrer dans le livret d'accueil des personnes accompagnées et du personnel le numéro à contacter en cas de la maltraitance mais aussi d'intégrer l'ensemble des moyens mis en œuvre au sein du projet d'établissement conformément à l'article D311-38-3 du CASF.

#### **1.4.4. Les comportements problèmes**

Un mode opératoire a été transmis par la structure, apportant des repères d'intervention face à des situations telles que l'agitation importante, l'auto ou l'hétéro-agressivité, ou encore la mise en danger.

Une formation a été réalisée "Gestion des comportements problèmes le modèle ABC" du 17 au 19 septembre 2024. Il n'en est pas prévu en 2025 et il n'est pas apporté non plus de preuve quant à la mise en place d'une supervision rigoureuse pour la prévention et le traitement des comportements problèmes.

Or le projet d'établissement transmis, dans la version qui n'a pas été encore validée par les instances, ne comprend pas d'analyse et de réponse institutionnelle concernant les comportements problèmes et les troubles du comportement des usagers alors que dans les registres pour les années 2022, 2023, 2024 et 2025, 38 événements indésirables ont été déclarés dans la catégorie "Comportement violent de la part d'usagers envers d'autres usagers ou du personnel", prouvant qu'ils sont une réalité et un risque réel de perturbation du fonctionnement normal de la structure.

Lors de l'inspection il a été indiqué que chaque personne accompagnée ayant des comportements problèmes n'a pas fait l'objet d'une fiche récapitulative connue et facilement accessible du personnel, en plus d'être intégrée aux PAI. La MAS dispose déjà d'un modèle de qualité qui a été transmis et s'intitule « Fiche de suivi des comportements ». La MAS a également élaboré une « Matrice de protocole d'intervention » visant à évaluer la typologie des comportements à risque

et à proposer une réponse adaptée en fonction de chaque situation. Toutefois, aucune procédure n'a été fournie pour encadrer ou expliciter les modalités d'utilisation de ces outils.

**Remarque 3 :** La MAS n'a pas réalisé pour toutes les personnes accompagnées les fiches personnalisées de « suivi des comportements » visant à réunir les informations nécessaires aux accompagnants pour gérer le déclenchement de comportements problématiques, en plus de leur intégration aux PAI. La formation du personnel aux comportements problématiques n'est pas prévue au plan de formation pour l'année en cours : ces fiches ainsi que la formation du personnel sont des bonnes pratiques des guides de la HAS de 2016 sur les comportements problématiques (HAS, « Les comportements problématiques » prévention et réponse, volet 1 et volet 2).

## 1.5. La gestion des risques, des crises et des événements indésirables

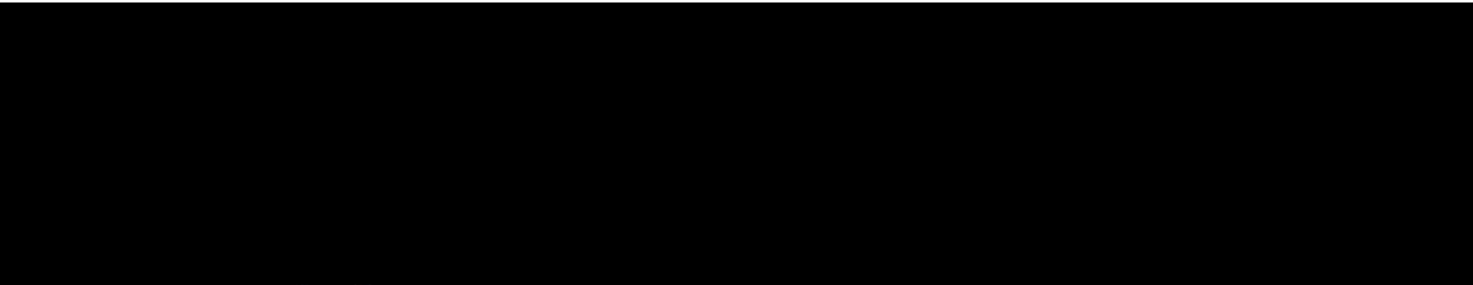
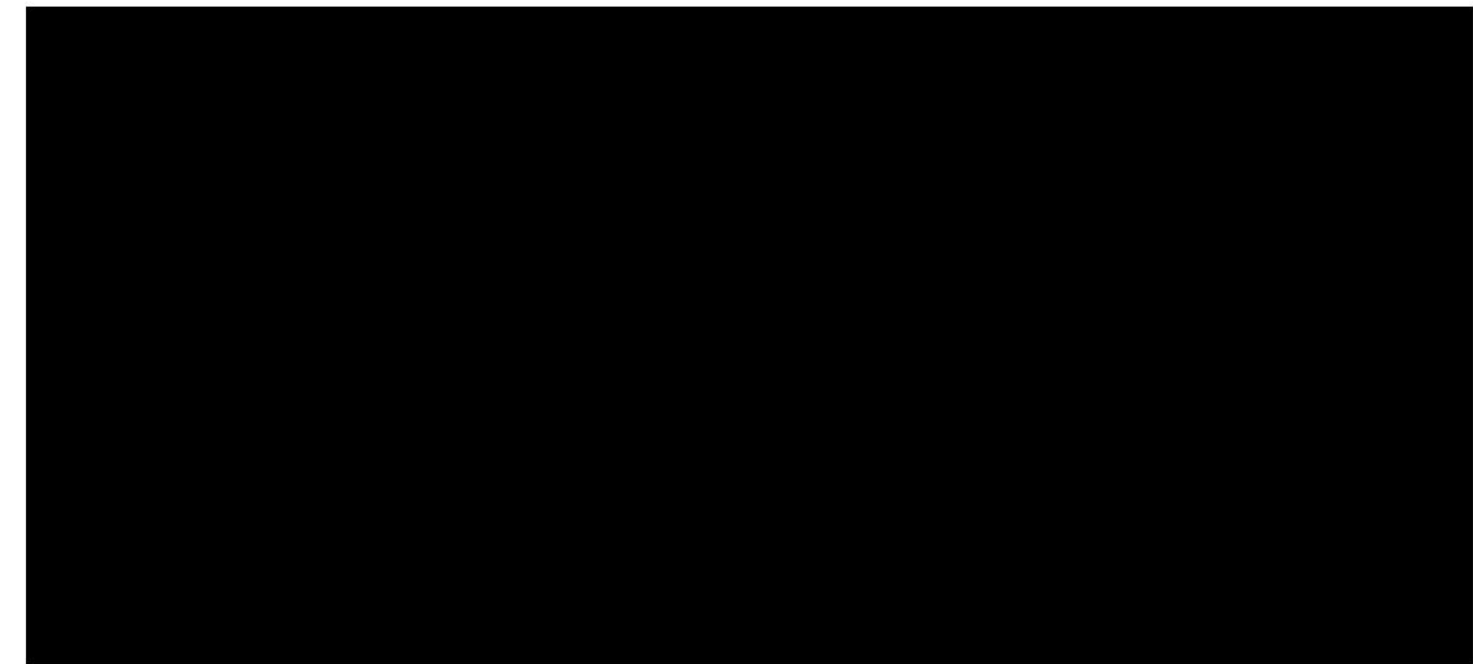
### 1.5.1. Les enquêtes de satisfaction

La MAS n'a pas fait d'enquête de satisfaction en 2024 ; les résultats de celles de 2023 et 2022 ont été transmis.

**Écart 9 :** Une enquête de satisfaction est un moyen de garantir le respect du droit à la participation directe de la personne à son accompagnement (7° de l'article L311-3 du CASF) mais la MAS n'en a pas réalisé en 2024.

### 1.5.2. Les plaintes et réclamations

La MAS enregistre les plaintes et réclamations qu'elle reçoit et les traite comme les événements indésirables selon la même procédure. Ils font l'objet d'un point à l'ordre du jour des comptes rendus des CODIR transmis et parmi les plaintes transmises à l'ARS, il en ressort une gestion active et des réponses jugées satisfaisantes par les services de l'ARS pour en décider la clôture :



### 1.5.3. Les événements indésirables

Une procédure de gestion des événements indésirables a été transmise. Un support [redacted] de présentation a également été diffusé pour présenter les modalités de déclaration et de traitement des événements indésirables ainsi que l'utilisation du logiciel qualité choisi pour faire les déclarations et les y enregistrer.

La mission n'a pas constaté de formation au plan pour 2025 sur les événements indésirables, et aucun support, tel que des feuilles d'émergence, n'atteste de la diffusion et de la promotion de ces outils auprès du personnel, notamment en ce qui concerne les plaintes et réclamations.

L'établissement utilise l'outil AGEVAL depuis deux ans mais son utilisation reste partielle et insuffisamment intégrée dans les pratiques quotidiennes, ce qui limite son efficacité en matière de suivi, d'analyse et de gestion des événements indésirables et réclamations.

Une commission de traitement des EI a été réunie pour la première fois le 20 mars 2025.

La mission a analysé les 38 fiches d'événements indésirables des trois dernières années qui ont concerné des comportements violents, il en ressort que :

- Les fiches sont remplies sur le logiciel prévu à cet effet par un panel pluriel des membres du personnel mais il a été indiqué à la mission le jour de l'inspection que tous n'avaient pas leurs accès et tous n'étaient pas formés à son utilisation ;
- Les faits et les conséquences sont détaillés mais ni les mesures immédiates, ni l'analyse faite par la direction, ni les actions correctives décidées, ni leur évaluation par un comité de retour d'expérience ne le sont : il a été indiqué à la mission que cette analyse était en cours d'institutionnalisation au sein de la commission de traitement des EI.

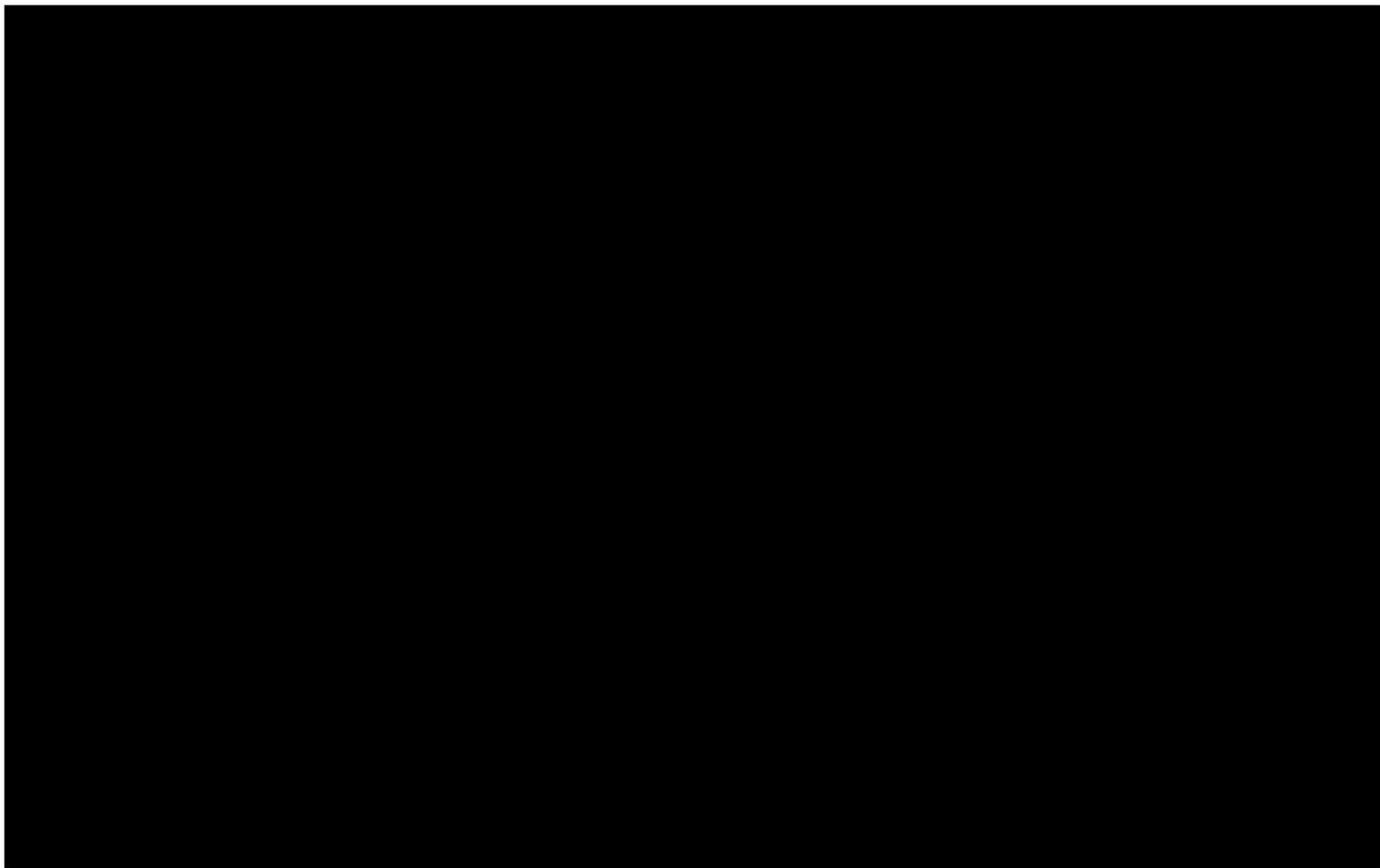
**Remarque 4 :** La formation continue des professionnels à la procédure interne de remontée des événements n'est pas garantie, et particulièrement la connaissance de l'outil utilisé, ce qui contrevient aux bonnes pratiques de la HAS, 2008 "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement / maltraitance".

## 2. Les fonctions support

### 2.1. La gestion des ressources humaines

#### 2.1.1. Les effectifs

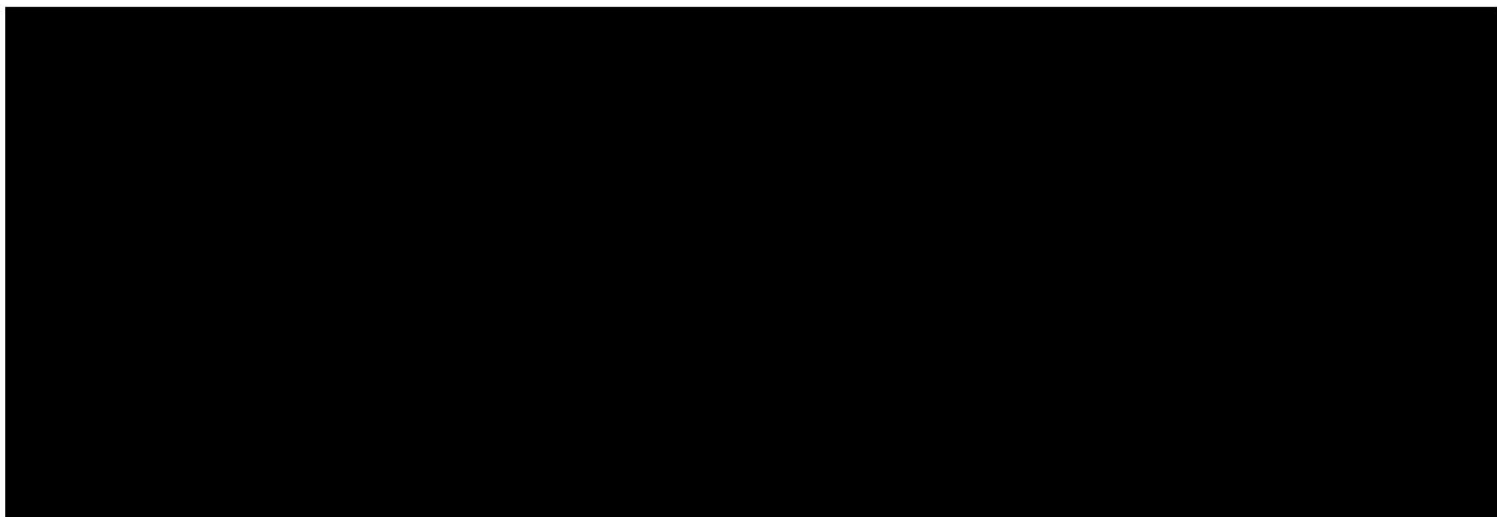
##### 2.1.1.1. Les professionnels administratifs et techniques



*\*Répertoire national des certifications professionnelles*


De l'étude des plannings et du registre unique des personnels ressort que la MAS ne recourt pas à des intérimaires en cas d'absence.

##### 2.1.1.2. Les professionnels médicaux et soignants





### 2.1.1.3. Les professionnels socio-éducatifs



Une formation préalable pour effectuer des remplacements de nuit est mise en œuvre. Les remplacements ne sont autorisés que par les salariés ayant effectué la formation, à savoir une nuit en formation avec les salariés de nuit, une formation au SSI (système de sécurité incendie), et une formation aux gestes d'urgence.

L'équipe de nuit intervient de 21h15 à 7h15. En équipe de trois pour la nuit, leur arrivée est échelonnée afin de permettre les transmissions.

Un AS est systématiquement présent.

### 2.1.2. Les postes vacants

D'après l'entretien avec la direction et le professionnel responsable des ressources humaines, d'après l'analyse du registre unique du personnel et d'après la fiche hélios, les chiffres sont les suivants :

**Écart 10 :** Tous les postes ne sont pas occupés et 3 postes sont vacants dans l'équipe soignante et 2 dans l'équipe éducative, un sous-effectif susceptible d'avoir des conséquences sur la qualité de la prise en charge des résidents (article L311-3 du CASF)

### 2.1.3. Les contrats de travail

#### 2.1.3.1. Le nombre de CDD

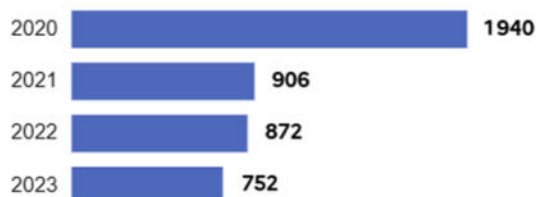
L'étude du registre unique du personnel confirme les chiffres suivants enregistrés sur le tableau de bord de la performance de l'ANAP :

---

<sup>1</sup> [helios.ars.sante.fr/etablissement-territorial-medico-social/940811763](https://helios.ars.sante.fr/etablissement-territorial-medico-social/940811763)

## Nombre de CDD de remplacement

Mise à jour : 16/01/2025 - Source : TdB.Perf [Détails](#)



Le remplacement par un contrat à durée déterminé, correspond aux motifs suivants, d'après la méthodologie de calcul issue de la fiche Hélios :

- Passage provisoire à temps partiel, conclu par avenant à son contrat de travail ou par échange écrit entre ce salarié et son employeur ;
- Suspension de contrat de travail ;
- Départ définitif précédant la suppression de poste de travail après consultation du comité d'entreprise ou, à défaut, des délégués du personnel, s'il en existe ;
- Attente de l'entrée en service effective du salarié recruté par contrat à durée indéterminée appelé à le remplacer.

Les recours à des CDD de remplacement, pour augmentation temporaire d'activité et pour les besoins dits de « saisonnalité », ne sont pas comptabilisés dans le tableau de bord de la performance médico-sociale car juridiquement non applicables dans le secteur médico-social.

Un recours en baisse au CDD est à noter depuis 2021.

Selon les entretiens, l'établissement pratique une politique de fidélisation, par le passage vers un contrat à durée indéterminée.

Après une période d'essai allant de 1 à 6 mois, le salarié accède à un CDI. Des points d'étape mensuelle avec le CSE ou le cadre dont il dépend sont réalisés, un point d'étape est réalisé tous les trois mois avec la direction.

### 2.1.3.2. Les contrats à durée courte et le recours à l'intérim

Une convention cadre a été contractée par le siège avec une agence d'intérim.

Lorsqu'une demande de remplacement est anticipée : tous les 15 jours une entrevue a lieu afin de définir les besoins. Leur positionnement est pensé en amont en lien avec au moins une personne qui a connaissance de l'organisation.

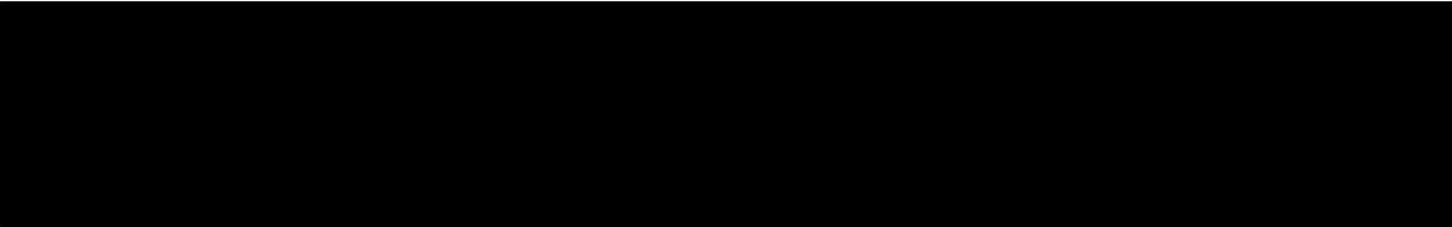
Les entretiens d'étape ou d'embauche sont réalisés de deux façons différentes :

- Pour les IDE, les entretiens sont réalisés en deux temps en présence de la gestionnaire RH, de la cadre de santé en l'absence du chef de service, puis un second entretien avec la direction ;
- Pour les autres professionnels, les entretiens sont en deux temps aussi : le premier en présence de la gestionnaire RH et du cadre de proximité en l'absence du chef de service, puis un second entretien est réalisé avec la direction.

### 2.1.4. Le taux d'absentéisme

Le taux d'absentéisme 2024 n'a pas été communiqué sur le tableau de bord de la performance de l'ANAP.

Depuis 2022, la MAS a un taux d'absentéisme inférieur au taux médian régional.



Il ressort de l'analyse des données déclarées par l'établissement que le taux d'absentéisme pour maladie ordinaire sur les quatre dernières années (inférieur à 3 mois) est le taux le plus important. Le remplacement, au-delà d'un mois, s'effectue par un contrat à durée déterminée.

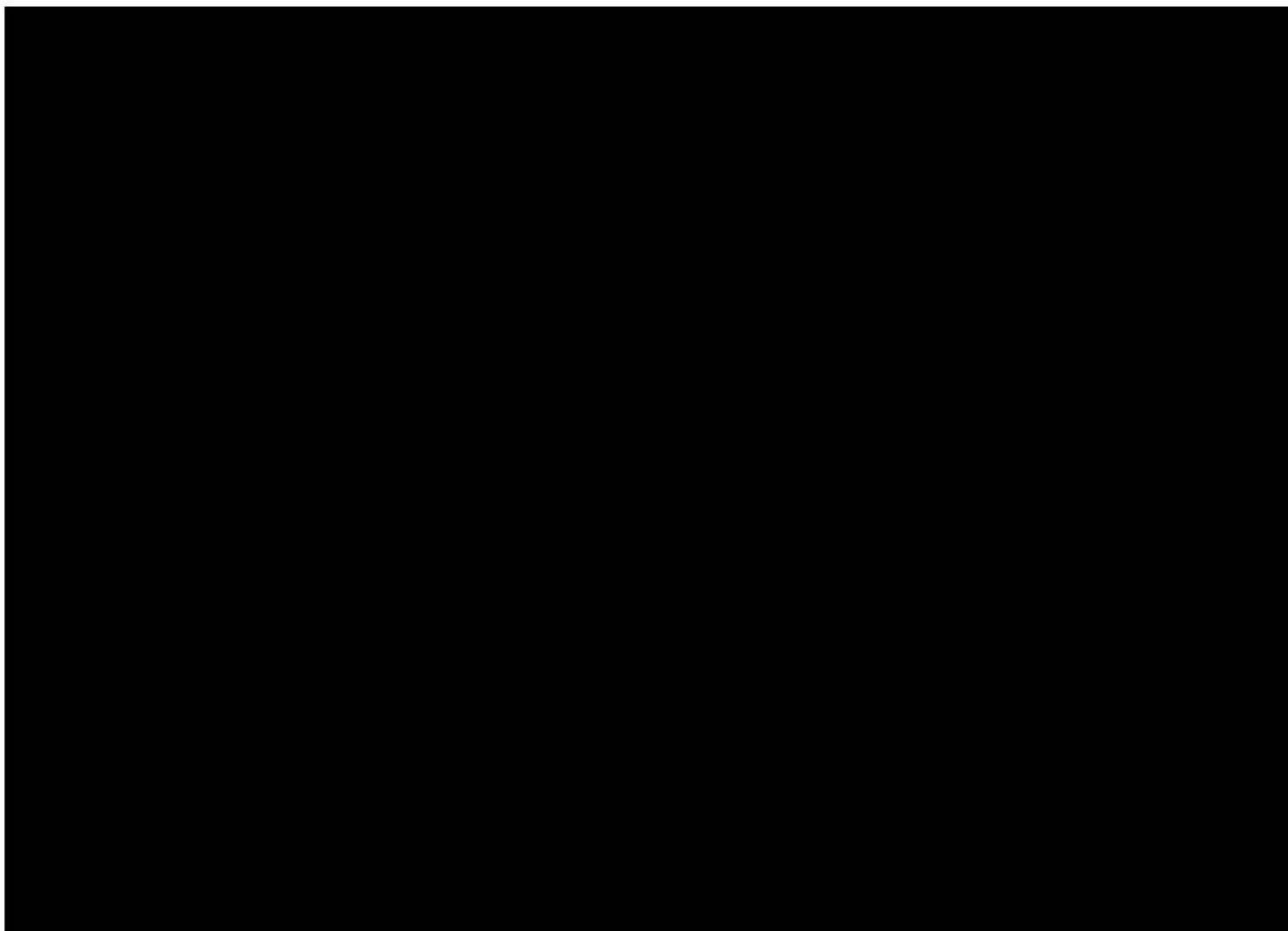


**2.1.5. Les conflits entre la direction et les salariés**



### 2.1.6. Le taux de rotation

Les chiffres déclarés par la structure sur le tableau de bord de la performance de l'ANAP et sur sa fiche hélios sont conformes au registre unique des personnels consulté et analysé.



### 2.1.7. Les dossiers administratifs du personnel

Les dossiers administratifs, au format papier, sont rangés en attente de leur dématérialisation complète (en cours), au sein du bureau de la gestionnaire des ressources humaines dans une armoire fermée à clé, seule la gestionnaire RH y a accès.

Le professionnel qui souhaite demander à consulter son dossier doit faire une demande de consultation par écrit.

Les documents demandés dès la validation du profil du candidat retenu sont :

- Les diplômes, qui sont vérifiés systématiquement. L'établissement sollicite un service en ligne délivrant des attestations numériques certifiées et permettant à des tiers de vérifier l'authenticité d'un diplôme universitaire ou émis par l'éducation nationale (diplôme.gouv.fr) ou auprès de la DRIEETS (Direction régionale et interdépartementale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités) ;
- Les documents administratifs d'identité et de ceux de la sécurité sociale ;
- Le volet 3 du casier judiciaire, dont le report dans un tableau de suivi (consulté sur site) atteste que la vérification est faite systématiquement à l'embauche ;
- L'inscription aux tableaux des ordres des professions de santé : l'établissement ne demande pas systématiquement la preuve d'inscription ordinale (ce document ne fait pas partie de la liste des documents à fournir).

**Écart 11 :** L'établissement en ne vérifiant pas que le médecin, les infirmiers, les kinésithérapeutes sont valablement inscrits auprès de leurs ordres respectifs ne s'assure pas de l'absence d'exercice illégal ni respect des articles L4111-1 du CSP et L4112-5 du CSP, L4311-15 du CSP et L4321-10 CSP.

### 2.1.8. Les intervenants et prestataires externes

Plusieurs prestataires externes interviennent au sein de l'établissement et leurs conventions ou contrats ont été fournis à la mission :

- Un prestataire de service concernant les aspects de restauration ;
- Un prestataire sous contrat offre un service de blanchisserie et lingerie ;
- Un prestataire est une coopérative d'emploi du secteur sanitaire, social, médico-social et du service à la personne intervenant dans les secteurs du handicap, du grand âge, de la protection de l'enfance, de l'insertion. Il s'engage (contrat d'engagement signé entre l'association gestionnaire et la coopérative) à la vérification des diplômes et des qualifications des professionnels et à la vérification de la probité des professionnels intérimaires ;
- Un prestataire sous convention / contrat de prestation de service concernant les vérifications périodiques obligatoires.

Les conventions d'exercice libéral concernant les kinésithérapeutes, un orthophoniste, et une diététicienne ont été consultées sur site auprès du bureau RH. Les diplômes de ces professionnels sont dûment répertoriés.

### 2.1.9. Le plan de formation

Le plan de formation établi pour 2025 et fourni à la mission a été réalisé et programmé par la direction de transition en poste avant l'arrivée de l'actuel directeur. Il prévoit :

- Des formations obligatoires, prévues par le siège gestionnaire, et inscrites systématiquement au plan de formation (la note concernant les orientations stratégiques 2025 de développement des compétences a été fournie à la mission) et sont les suivantes :
  - o Les gestes d'urgence (AFGSU) : il est prévu que tous les professionnels soient formés ou que leurs compétences soient renouvelées ;
  - o La sécurité incendie : des sessions pour tous les professionnels, en priorité de nuit et techniques, sont prévues ;
  - o Les situations sanitaires exceptionnelles (AFGSU SSE) : des sessions pour tous les professionnels, en priorité de nuit et techniques, sont prévues ;
  - o La sécurité et santé mentale du travailleur (issu notamment du DUERP (document unique d'évaluation des risques professionnels) : elles font partie des orientations stratégiques du siège, les formations sont prévues.
- Les VAE (validations des acquis et de l'expérience) sont prévues d'une année sur l'autre et sont favorisées par le siège concernant la qualification des AS (stratégie d'adaptation à l'emploi des professionnels au regard du profil des usagers).
- Des formations permettant aux professionnels de développer leur connaissance des publics, à savoir
  - o Des temps de sensibilisations par des supports internes qui sont développés en équipe pluridisciplinaire puis relayés par les chefs de service (appui psychologue ou ergothérapeute) ;
  - o Des formations dites de sensibilisation à la spécificité des usagers sont prévues pour cette année comme « adapter ses pratiques professionnelles pour accompagner les personnes polyhandicapées » ou « l'eau, un élément de rencontre avec la personne polyhandicapée » ou « Autisme TSA approfondissement » ;
  - o Des réunions thématiques ou cliniques peuvent être réalisées pour aborder les problématiques propres du public (TSA, troubles du comportement). Le psychiatre présent tous les mercredis après-midi mène les réunions cliniques pour diffuser savoir-faire et compétence. En prévision à venir, une réunion qui aura lieu, une fois toutes les 2 semaines autour d'un échange des pratiques (source compte rendu CODIR du 12 mai 2025)
- Des formations sont réalisées en interne, telles que :
  - o Une formation aux gestes et postures est prévue par l'ergothérapeute ;
  - o La formation à l'utilisation de logiciel interne à l'établissement est programmée systématiquement selon les entretiens menés avec la direction.

La mission a reçu des attestations des formations sur la bientraitance et la maltraitance faites en 2023 et 2024 mais le plan pour cette année 2025 n'en prévoit pas. La direction prévoit de solliciter les services de tarification pour demander une aide spécifique pour en programmer de nouvelles.

**Remarque 5 :** À son plan de formation pour cette année, la MAS n'a pas prévu de formation sur la bientraitance et la maltraitance alors qu'une réalisation régulière de cette formation par le personnel est une bonne pratique des deux guides de 2008 de la HAS (« Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées et le traitement de la maltraitance » et « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement pour la prévention de la maltraitance »).

### 2.1.10. Les temps d'échange institutionnels

Les temps d'échange institutionnels organisés sont les suivants (d'après le tableau de la mission rempli par l'établissement) :

Instance	Objet	Participants	Fréquence
Réunion PAP	Moment d'élaboration et de formalisation de la version du projet d'accompagnement personnalisé de la personne accueillie qui sera présenté à la famille / représentant légal et à la personne.	Chef de service + professionnels intervenants dans l'accompagnement de la personne accueillie	1/semaine
Entretien familiale de projet	Moment de présentation du projet d'accompagnement personnalisé de la personne accueillie. Potentiels réajustements effectués en lien avec les retours de la famille / représentant légal et de la personne.	Chef de service + certains professionnels intervenants dans l'accompagnement de la personne accueillie + famille / représentant légal et la personne.	1/semaine
CVS	Instance représentative où se rencontrent les représentants des personnes accompagnées, les représentants des familles, les représentants des salariés, le président du CVS, les représentants de la mairie, un représentant de l'association et la direction afin d'aborder les questions des différents collèges représentés.	Représentant des personnes accompagnées, représentant des familles, représentant des salariés, président du CVS, représentant de la mairie, représentant de l'association, direction	3 dans l'année
Réunions des familles	Moment de rencontres entre les familles / représentants légaux et la direction. Certains autres professionnels peuvent être conviés en fonction des sujets. Cela permet d'échanger avec les familles sur les projets en cours, les axes de travail de l'institution et concernant les points qu'ils souhaitent aborder.	Toutes les familles + direction	4 dans l'année
Réunion Thématique	Moment de d'échanges et d'élaboration entre des professionnels de divers corps de métier (cadres et non cadres) et le psychiatre. Les thématiques peuvent être diverses et variées.	Chef de service + professionnels des unités de l'étage + psychiatre	1/ 15jours
Réunion Clinique	Moment de d'échanges et d'élaboration entre des professionnels de divers corps de métier (cadres et non cadres) et la neuropsychologue. Les thématiques peuvent être diverses et variées.	Composition variable en fonction des sujets abordés (neuropsychologue + autres)	Mise en place en réponse à un besoin identifié. Fréquence variable.
Réunion Socio-éducative	Moment de travail, d'échanges et de coordination entre le chef de service et les professionnels du pôle socio-éducatif.	Chef de service + animateurs / moniteurs éducateurs / éducateur spécialisé	1/semaine

<b>Réunion d'étage</b>	Moment de travail, d'échanges et de coordination entre le chef de service et les professionnels intervenants dans les appartements de l'étage de son périmètre de de responsabilité.	Chef de service + professionnels des unités de l'étage	1/ 15jours
<b>Réunion d'expression des salariés</b>	Moment de rencontre et d'expression entre salariés. Certains sujets peuvent découler de ce temps et être portés dans d'autres instances si nécessaire.	Tous les salariés non-cadres	1/trimestre
<b>Réunion institutionnelle</b>	Moment de rencontres entre les professionnels et la direction. Cela permet d'échanger avec les professionnels sur les projets en cours, les axes de travail de l'institution et concernant les points qu'ils souhaitent potentiellement aborder.	Tous les professionnels présents et disponibles	1/trimestre
<b>Réunion QVT</b>	Moment de libre-échange avec la direction	Tout le personnel	1/trimestre
<b>Réunion des représentants de proximité</b>	Moment d'échanges entre les représentants de proximité et la direction. Les sujets sont ceux amenés par les représentants de proximité.	Représentants de proximité + direction	1/mois
<b>Réunion équipe paramédical</b>	Moment de travail, d'échanges et de coordination entre la directrice adjointe et les professionnels de l'équipe paramédicale.	Tous les professionnels de l'équipe paramédicale + directrice adjointe	1/mois
<b>Réunion CODIR</b>	Moment de coordination et d'échanges de l'ensemble des cadres concernant les projets en cours/à venir et l'actualité de l'établissement.	Tous les cadres + chargée RH en fonction des sujets	1/semaine
<b>Réunion d'étude des dossiers de candidatures pour admission</b>	Etude, demande de compléments et suivi des dossiers, coordination des entretiens, validation des admissions / liste d'attente	CODIR Médecin coordonnateur Neuropsychologue Assistante de direction	1/mois
<b>COPIL Qualité – Equipe de traitement des EI/EIG</b>	Mise en place de procédure par un groupe pluri disciplinaire. Amélioration de la qualité et suivi du plan d'action de l'évaluation externe (PAQ)	CODIR, COPIL Qualité	1/trimestre
<b>Commission des menus</b>	S'exprimer sur la qualité et quantité des repas, valider les menus et mise en place démarche qualité	Direction, Chef de service paramédical, responsable du prestataire des repas, usagers, accompagnants	1/trimestre
<b>Point maintenance</b>	Suivi du bon fonctionnement du bâtiment et des équipements, gestion des travaux.	Directeur, Agent de maintenance	1/mois
<b>Réunion des services généraux</b>	Hygiène et nettoyage des locaux, conditions de travail, organisation du travail.	Directrice adjointe + ASI	1/mois

Réunion des Veilleurs de nuit	Communication et échange d'informations sur les personnes accompagnées, mise à jour des protocoles et analyse de la qualité de l'accompagnement. Coordination du travail de nuit.	Cadre de santé et VN	1/mois
-------------------------------	--	----------------------	--------

### 2.1.11. Les plannings

L'organisation générale des plannings est formalisée dans un document affiché dans chaque unité. L'établissement a opté pour un logiciel élaborant les plannings qui prend en compte les formations, les congés, les absences, les heures supplémentaires, la qualification.

#### 2.1.11.1. L'organisation des plannings

L'édition et l'affichage sont effectués par la CSE dans chaque unité, un mois en avance et une version dématérialisée se situe dans le réseau commun. Un mail informant de la disponibilité des plannings est envoyé aux salariés tous les mois.

Une vérification sur le réseau a été réalisée par la mission. Les plannings comportent :

- La date ;
- Le n° de version ;
- La mention des cycles horaires ;
- Les unités d'affectation ;
- Les temps de travail ;
- Les absences et leur motif ;
- Une légende.

#### 2.1.11.2. La planification du temps de travail

Les professionnels du pôle administratif et technique sont présents chaque jour, hors week-end ou astreinte, de 9 h 00 à 17 h 00.

Les agents de service sont en roulement de 3 par jour et ils effectuent leur mission sur une amplitude de 8 heures, week-end compris.

Les professionnels éducatifs sont présents dès 9 h 00, ils interviennent sur une amplitude de 8 heures effectives.

Les professionnels de soins :

- Roulement des IDE : équipe et contre équipe de 8 h 00 à 20 h 00, avec une heure de pause. Une IDE par jour est prévue planning. L'analyse des plannings des semaines 14 à 18 indique qu'une IDE est présente quotidiennement, y compris les week-ends, sur une amplitude de 12 heures, garantissant ainsi la continuité des soins. Cependant, aucune procédure formalisée n'est précisée concernant l'organisation des soins infirmiers ou médicaux pendant la nuit, et aucun planning d'astreinte médicale n'est mentionné. Le remplacement par les professionnels de renfort n'apparaît pas sur le planning alors qu'ils effectuent leur mission sur les matinées non pourvues par les titulaires des postes ;
- Roulement des AS et AMP concernant 7 postes par unité d'intervention : l'activité se réalise sur 7 jours et les horaires sont effectués selon une matrice annuelle permettant le lissage des horaires sur l'année. Il existe les horaires possibles suivants :
  - 13 h 30 à 21 h 30 ;
  - 8 h à 16 h ;
  - 8 h à 15 h ;
  - 14 h à 21 h 30 ;
  - 12 h à 21 h 00 ;
  - Le week-end s'effectuant sur une amplitude de 12 heures :
    - 8 h 30 à 20 h 30 ;
    - 9 h 30 à 21 h 30.
- Roulement de nuit : L'équipe de nuit de trois soignants intervient de 21 h 15 à 7 h 15, leur arrivée est échelonnée afin de permettre les transmissions. La mission a constaté la programmation chaque nuit d'une AS sur les plannings étudiés (de janvier à mai 2025).

- Une équipe de 4 professionnels intervient pour remplacer sur les unités où il manque des professionnels. Sinon ils sont positionnés en renfort.

Ces chevauchements d'horaires permettent les transmissions orales entre le jour et la nuit, dans la journée et assurent en continue en journée la présence de 3 professionnels par unité.

Les effectifs présents le jour de l'inspection correspondent aux effectifs prévus sur les plannings. En cas de changement sur les plannings une correction manuelle peut être faite et une régulation est réalisée en fin de journée afin que la personne remplaçante soit rémunérée.

#### **2.1.12. Les fiches de poste**

Les fiches de poste sont communes à tous les professionnels de l'association. Elles ont été revues en 2024 par la direction de transition. La mission qui a eu accès au document sur site a pu vérifier que les fiches de poste sont signées par les professionnels et remises contre signature.

Elles sont conformes aux attendus d'une fiche de poste (description des fonctions, lien hiérarchique, horaires de travail, prévention et gestion des risques en lien avec le poste).

#### **2.1.13. Les glissements de tâche**

Des fiches de tâches sont affichées et présentes dans les unités mais il ressort de l'entretien avec la direction que, devenues obsolètes, elles ne correspondent plus aux tâches à réaliser par les différentes professions exerçant au sein de cet établissement.

La fiche de tâches de mise en œuvre de la mission « en mode dégradé » pour les agents de service a été élaborée par la direction en COPIL (fiche de tâches consultée sur site et transmise en copie à la mission le jour de l'inspection). Elle est en cours de validation par le siège gestionnaire et sa direction qualité. Cette fiche organise l'activité afin que seul un agent de service soit alloué aux tâches prioritaires et que cela ne soit pas supporté par un autre agent ayant une autre qualification.

L'étude des dossiers administratifs, les entretiens menés sur site ou à distance, l'étude des plannings ne révèlent pas de glissement de tâches. Il est à noter que chaque fiche de tâche sera accompagnée d'une fiche de tâche en mode dégradé afin de ne pas développer de glissements de tâches.

## **2.2. La gestion des informations**

### **2.2.1. Les affichages réglementaires**

La mission n'a pas constaté qu'étaient affichés, parmi les affichages qui doivent réglementairement l'être :

- La dernière enquête de satisfaction au titre de l'article D311-15 du CASF ;
- Le règlement de fonctionnement au titre de l'article R311-34 du CASF.

**Écart 12 : La dernière enquête de satisfaction (D311-15 du CASF) et le règlement de fonctionnement (R311-34 du CASF) ne sont pas affichés dans la MAS.**

### **2.2.2. Le registre unique du personnel**

Le RUP (registre unique du personnel) dématérialisé a été transmis, il est rempli par la personne responsable des ressources humaines dans l'établissement. Elle le complète dès qu'il y a un mouvement de professionnel entrant et sortant. Un export en version dématérialisé a été remis à la mission sur site.

Le RUP est transmis systématiquement au siège mis à jour.

### 2.2.3. Le registre des entrées et sorties des usagers

La MAS a un registre des entrées et des sorties des usagers tenu à jour.

En plus du registre règlementaire, la secrétaire de direction tient un tableau des usagers sortis et des usagers présents au quotidien.

### 2.2.4. Les dossiers des usagers

Les dossiers des usagers sont en format papier et en format numérique, la complétude des dossiers papiers est plus incomplète que ceux des formats numériques mais quel qu'en soit le format, tous ne contiennent pas :

- L'attestation de remise des documents de la loi 2002-2 ;
- Un livret d'accueil, une charte des droits et libertés, un contrat de séjour, un règlement de fonctionnement ayant tous été signés ;
- L'attestation d'assurance responsabilité civile ;
- L'identité de leur personne de confiance ;
- Des directives anticipées ;
- Le consentement (ou non) pour l'utilisation de leur image.

**Écart 13 :** Les dossiers administratifs des résidents sont incomplets car tous ne contiennent pas :

- L'attestation de remise des documents de la loi 2002-2 remis et signés avec le livret d'accueil (contrat de séjour, charte des droits et libertés, règlement de fonctionnement) conformément à l'article L311-4 du CASF) ;
- L'attestation de contrat d'assurance garantissant les conséquences pécuniaires de sa responsabilité civile en cas de dommages subis par les tiers et leurs biens alors que plusieurs vols ont été commis en 2023 (L443-4 du CASF) ; - La désignation d'une personne de confiance (L1111-6 du CSP) ;
- Des directives anticipées (L1111-11 du CSP) ;
- La preuve du recueil de leur autorisation en matière de droit à l'image (L311-3 alinéa 4 CASF)

### 2.2.5. Les dossiers médicaux

Même si le [REDACTED] a été déployé dans l'établissement, le constat réalisé lors de la visite est que de nombreuses informations essentielles restent conservées et utilisées sous forme de document papier.

Dans l'ensemble, ces documents papiers sont particulièrement détaillés et complets.

Les DLU sont dématérialisés [REDACTED]

**Remarque 6 :** La dualité des supports papiers et informatisé n'est pas idéale pour garantir l'accessibilité et l'actualisation des informations de santé des résidents.

## 2.3. La gestion des locaux

La vétusté du bâtiment ayant fait l'objet par le passé de plusieurs réclamations et signalements d'événements indésirables, la mission a constaté l'effort réalisé pour la réfection, le rafraîchissement des peintures et l'entretien des locaux.

Il y a une organisation permettant de suivre les réparations et petits travaux du quotidien

Toutefois, malgré les travaux réalisés, l'accueil de jour n'est pas de taille suffisante pour accueillir simultanément les 12 personnes normalement attendues.

Les salles d'activité du sous-sol sont sous-utilisées, d'après ce qui a été indiqué en entretien à la mission, et notamment la salle Snoezelen. Une des raisons est la difficulté d'y accéder pour les personnes accompagnées ayant des troubles moteurs associés. La mission a en effet constaté lors de l'inspection des salles d'activités laissées vacantes.

La majorité des chambres de la MAS sont partagées (doubles et triples).

Leur équipement est le suivant : un lit médicalisé, des armoires et tiroirs pour le rangement des effets personnels.

Elles sont réparties par étage au sein "d'appartement".

Elles n'ont pas de sanitaires ni de salle de bain privés et sont partagées.

Elles ne sont pas, ou pratiquement pas personnalisées.

Le déménagement dans les nouveaux locaux n'est pas prévu avant 2028, à la connaissance de la direction et d'après le rétroplanning transmis. Des temps d'information sont prévus au rétroplanning afin de présenter les différentes étapes du projet.

Parmi les étapes préalables à la construction des locaux, le rétroplanning compte de temps et des points d'étape pour que l'avis et la collaboration des personnes accompagnées et du personnel soient pris en compte mais il n'est pas précisé ni garanti qu'un diagnostic sera réalisé des inadéquations et inadaptations des locaux actuels pour que leur correction soit prise en compte dès la conception architecturale initiale des futurs locaux.

**Remarque 7 :** Le rétroplanning transmis ne prévoit pas qu'un diagnostic sera réalisé des inadéquations des actuels locaux avec les besoins d'accompagnement des personnes en tenir compte dès la conception architecturale des futurs locaux.

#### **Document 8. Rétroplanning indicatif du déménagement**

Ce document présente le rétroplanning détaillé du projet de déménagement de la MAS de Saint-Maur-des-Fossés à Boissy-Saint-Léger. Il intègre les étapes techniques du projet ainsi que les volets d'accompagnement des personnes accueillies, des familles et des salariés.

#### **3. Phase 1 : Préparation & études préalables (Avril 2025 – Novembre 2025)**

30 avril 2025 : Réunion CVS : communication concernant l'avancement du projet de déménagement

28 mai 2025 : réunion institutionnelle et information avec les salariés. Lancement du plan de communication.

Septembre 2025 – Octobre 2025 : Constitution d'un groupe projet interne.

Octobre – Novembre 2025 : Elaboration d'un plan d'accompagnement au changement concernant les personnes accompagnées, des professionnels et des familles

#### **4. Phase 2 : Fouilles et lancement du chantier (Décembre 2025 – Mars 2026)**

Décembre 2025 : Démarrage des fouilles archéologiques.

Février 2026 : Point d'étape avec toutes les personnes concernées dans les différentes réunions

Mars 2026 : Début potentielle des travaux. Communication élargie.

#### **5. Phase 3 : Travaux de construction (Avril 2026 – Septembre 2027)**

Tous les 3 mois : Réunions de suivi salariés/familles, visites chantier, communication régulière.

Septembre 2026 : 2<sup>ème</sup> point d'étape avec toutes les personnes concernées dans les différentes réunions

Mars 2027 : Début de l'accompagnement au changement (ateliers, repérages...).

#### **6. Phase 4 : Livraison & installation (Octobre 2027 – Mars 2028)**

Octobre 2027 : Visites de pré-livraison (prévisionnelle)

Novembre – Décembre 2027 : Pré-déménagement et repérage (prévisionnelle)

Janvier – Mars 2028 : Déménagement effectif (prévisionnelle)

Mars 2028 : Inauguration officielle du nouveau site (prévisionnelle)

#### **7. Recommandations complémentaires**

Mettre en place des bilans réguliers d'étape internes et externes.

Utiliser des supports visuels pour accompagner les personnes accueillies.

**Écart 14 :** Le déménagement n'étant pas prévu avant 2028, les efforts doivent persister pour garantir dans les locaux actuels, la sécurité, la qualité et notamment la garantie de l'intimité des personnes logées en chambre double ou triple, et manifestement dépersonnalisée au sens du 6° de l'article D344-5-3 du CASF.

## 8. L'accompagnement éducatif, soignant et médical

### 8.1. L'admission

La MAS utilise ViaTrajectoire et le dossier unique d'admission.

Le poste d'assistante sociale étant vacant, c'est la secrétaire de direction qui se charge de réceptionner les candidatures, de communiquer avec les personnes et avec la MDPH.

Le processus d'admission est le suivant : les dossiers sont reçus et classés par la secrétaire de direction qui transmet pour avis et avant la commission d'admission au psychiatre, au médecin, à la directrice adjointe, aux chefs de service, au neuropsychologue et au directeur, chacun donnant son avis sur la candidature.

La MAS remet à l'admission à la personne un livret d'accueil composé d'un contrat de séjour et des diverses pièces permettant de connaître le fonctionnement de l'établissement dont le règlement de fonctionnement et la charte des droits et des libertés.

Les refus d'admission sont tracés et les motifs du refus sont communiqués à la personne, à ses proches et à la MDPH.

### 8.2. Les projets personnalisés d'accompagnement

Tous les usagers ont un projet personnalisé d'accompagnement (PPA).

Ces PPA sont actualisés au moins une fois par an.

Une nouvelle trame a été élaborée.

Les PPA ont vocation à être numérisés sur le logiciel que la MAS a choisi.

Le pilotage de l'élaboration et de l'application des PPA a été revu par la nouvelle direction et se fait à deux niveaux désormais :

- Les deux chefs de service en sont responsables pour les usagers des appartements et pour l'accueil de jour, ils participent à leur conception jusqu'à leur signature par la direction avec les personnes et leurs proches et/ou tuteur ou tutrice ;
- Sur le terrain et au quotidien les monitrices éducatrices sont responsables de la coordination des accompagnants, de la définition des objectifs personnalisés ainsi que de leur connaissance et leur application au quotidien et notamment des ajustements si nécessaires avant même la révision annuelle ;

Chaque résident a un référent d'accompagnement.

Dans leur contenu, les besoins évalués par les PPA ont été diversifiés pour tenir compte, notamment, des besoins qui évoluent et sont relatifs aux différentes dimensions de l'accompagnement (santé, autonomie, vie sociale et affective, etc.).

En plus des projets personnalisés sont en cours de réalisation des fiches récapitulatives et synthétiques qui seront accessibles au personnel, et particulièrement aux nouveaux arrivants.

### 8.3. Les activités

L'établissement n'a pas de plan d'animation annuel réalisé d'une année sur l'autre pour faire le bilan des animations de l'année écoulée et programmer celles de l'année à venir.

La liste des activités organisées ainsi que des plannings hebdomadaires d'usagers ont été transmis pour y constater la place faite aux activités.

Des fiches pour chacune des activités organisées ont été transmises qui comprennent un descriptif de l'activité et ses bénéfices attendus. Ces fiches ne précisent pas les détails opérationnels de l'activité, c'est-à-dire qui y participe, quels en sont les référents et pilotes parmi les accompagnants, quels moyens sont nécessaires à son organisation, notamment budgétaires. Cette opérationnalité permettrait de faire participer les personnes à l'organisation de l'activité et d'augmenter leur implication dès le début et de facto leur participation lorsque se déroule l'activité, et d'en faire ainsi un outil d'accompagnement et d'autonomisation.

**Document 9. Exemple d'une fiche projet pour une activité « Chorale » qui intègre les modalités pratiques d'organisation**

**PROJET CHORAL**

Sophie, Laëtitia, Anikine, Dana

• **Introduction / Explication**

Le projet choral est un moyen d'apporter une activité culturelle, créatif et ludique à travers la musique et le chant.

L'autisme se manifeste principalement par une altération des interactions sociales et de la communication, la chorale permet de travailler sur ces difficultés.

Le projet choral amène à créer du lien social et de la mixité autour des résidents.

• **Objectifs pédagogiques :**

Les objectifs sont :

- Favoriser la socialisation
- Travailler la concentration, l'écoute et la mémoire
- Développer la communication
- Favoriser la confiance en soi
- Favoriser une dynamique de groupe
- Travailler le respect des règles

• **Moyens Matériels :**

Nous aurons besoin d'une salle au FAM ou le théâtre, d'un piano et des chaises.

• **Moyens Financier :**

Virement effectué chaque mois par budget ergo de la structure.

• **Déroulement du projet :**

L'activité aura lieu un mardi sur deux de 14h à 15h dans la salle psychomotricité ou au théâtre et sera menée par une animatrice intervenante extérieure et un professionnel du FAM.

Le projet : NOUI Yasmine  
arts : SIMPLOT Linda

**Remarque 8 :** Sans plan d'animation annuel formalisé pour faire le bilan des activités faites et programmer celles à venir en les budgétant, sans fiche pour chacune des activités qui intègre l'opérationnalité de leur organisation avec une implication des personnes accompagnées, la conduite des activités et de l'animation est perfectible et notamment leur déploiement comme moyen favorisant l'autonomie et la participation des personnes, ce qui est un des objectifs de leur accompagnement au titre du 3° de l'article L311-3 pour que soit réalisée « 3° Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion ».

## 8.4. La vie sociale et relationnelle

La nouvelle direction a écrit aux familles et proches le 1<sup>er</sup> avril 2025 un courrier pour leur présenter :

- Sa disponibilité et les moyens (numéro de téléphone et adresse mail) par lesquels elle peut être contactée en cas de besoin ;
- Les dates clefs de rencontre avec le personnel, à savoir les CVS des 30 avril, 3 septembre, 10 décembre et les réunions des familles des 23 avril, 9 juillet, 24 septembre et 19 novembre.

Le déménagement étant un sujet important pour les proches, la direction a prévu à son rétroplanning des temps réguliers de communication.

Des espaces sont accessibles pour que les familles rencontrent leurs proches.

La MAS met à disposition un formulaire qui a pour but de permettre aux familles et aux représentants légaux de faire remonter toute information, remarque, ou plainte concernant les professionnels intervenant au sein de la MAS des Oliviers.

## 8.5. La personne de confiance et les directives anticipées

D'après les entretiens, tous les résidents concernés n'ont pas :

- Désigné une personne de confiance et il n'existe pas de dispositif pour les en informer et leur proposer d'en choisir une ;
- Rédigé des directives anticipées et il n'existe pas de dispositif pour les y accompagner ni même de formation et de sensibilisation des accompagnants.

**Écart 15 :** L'affichage de la liste des personnes qualifiées n'étant pas réalisé, il n'est pas garanti leur accès par les personnes comme prévu par l'article L311-4 du CASF

**Écart 16 : L'établissement n'a pas de dispositif, de formation et d'intervention systématique d'accompagnants pour accompagner les personnes dans la rédaction de directives anticipées et dans la désignation d'une personne de confiance (L1111-4 alinéa 3 et L1111-11 du CSP).**

## **8.6. L'alimentation**

### **8.6.1. La conception des repas**

La préparation des repas est externalisée, partagée entre un prestataire commercial spécialiste de la restauration collective et un ESAT. La répartition des rôles n'a pu être précisée par les interlocuteurs rencontrés par la mission (directeur, directrice adjointe – cadre de santé, médecin, personnes chargées du service en cuisine).

### **8.6.2. Les commissions menus**

L'établissement a transmis les comptes rendus des commissions des menus.

### **8.6.3. Les régimes et textures**

Un gros travail d'organisation de la salle à manger, située au rez-de-chaussée de la MAS, a récemment été effectué.

Chaque résident dispose d'une place assignée, avec des voisins choisis et même une hauteur de table adaptée. Sur sa table, un « set de table » plastifié, nominatif et agrémenté de sa photographie résume les points clés pour son alimentation : le mode d'hydratation (par exemple, liquide, ou gazéifié à la demande), les goûts et dégoûts du résident (par exemple, « J'aime la raclette, la choucroute, la salade et je n'aime pas le riz, la semoule sans sauce », ou « J'aime le fromage, mais ne n'aime pas trop les légumes », etc...) les actions du résident (par exemple, « Je mange et bois seul », ou « Je mange et bois seul et coupe seul mes aliments avec aide », ou « Je peux amener la cuillère en bouche et boire au verre », etc...) la texture (par exemple « normale », etc...), les actions des soignants nécessaires pour l'aide à la prise des repas (par exemple, « couper ma viande », « hacher les aliments durs avec ciseaux masticateurs », « canaliser mon énergie pour me concentrer sur mon repas », « initier le mouvement pour faire manger », « couper en petits morceaux et surveillance », « stimuler l'acceptation des légumes », etc...), les aides ergonomiques requises (par exemple : couverts adaptés, couverts ordinaires y compris couteau...) et enfin les vigilances et risques (par exemple, « intolérance au lactose », « je parle beaucoup pendant le repas », « j'ai des rires immotivés et des persévérations », et « il faut me laisser avaler avant de reprendre mon alimentation », ou « ne pas donner d'aliments pouvant être avalés tout rond, ni pouvant se coller au parois du pharynx, même coupés en petits morceaux : salade, fruits, peau des tomates, crêpes, mixer les aliments durs et/ou filandreux », etc...).

Toutefois aucune date ne figure sur ces documents pour indiquer la dernière révision, ni suivre une possible nécessité d'adaptation temporaire de l'alimentation.

### **8.6.4. Les troubles de la déglutition et la gestion des fausses routes**

L'établissement a transmis deux protocoles, l'un relatif à la prise en charge de la dysphagie, l'autre à la conduite à tenir en cas de fausse route, datés entre mars et avril 2025.

Cependant, aucun document ou feuille d'émargement ne permet d'attester que les professionnels ont été formés à la détection des fausses routes, et d'après le plan de formation transmis par l'établissement, aucune formation sur les fausses routes et les troubles de la déglutition n'a été réalisée en 2023 et 2024. Une session est toutefois prévue en 2025.

Toutefois et comme indiqué supra, une orthophoniste libérale intervient à la demande, pour faire un bilan de la déglutition et prescrire les adaptations de textures des aliments ou des boissons.

### **8.6.5. La qualité des repas et le suivi nutritionnel**

Aucune enquête de satisfaction spécifique à l'alimentation n'a été envoyée par l'établissement. Toutefois, un compte rendu de satisfaction, réalisé entre décembre 2022 et mars 2023, a été transmis. Il porte sur différents aspects de la prise en charge, à partir de neuf questionnaires adressés aux familles des usagers. Concernant les repas et la restauration, les retours font état d'un faible niveau de satisfaction, notamment en ce qui concerne la saveur des plats. Bien que cette enquête ne reflète pas nécessairement la situation actuelle, elle offre un aperçu de la perception des familles à l'époque, suggérant une qualité alimentaire jugée peu satisfaisante.

Les résidents sont assez régulièrement pesés, mais un suivi rigoureux périodique de l'état nutritionnel des résidents n'est pas effectué par le médecin coordonnateur, plus sollicité (sinon monopolisé) comme médecin prescripteur pour les résidents dénués de médecin traitant que pour les tâches de coordination médicale.

L'avis de la diététicienne est facilement demandé. Des compléments nutritionnels oraux sont disponibles, mais il ne semble pas exister une mobilisation de la cuisine pour faire de l'alimentation le premier des traitements (outre le plaisir de manger). Il semble principalement s'agir de nourrir les résidents.

## 8.7. La dispensation des soins

### 8.7.1. L'organisation des soins

#### 8.7.1.1. L'organisation des soins définie par le projet d'établissement

La politique de soins est présentée dans le projet d'établissement en une page qui précise les objectifs de qualité, la composition de l'équipe, les outils utilisés et l'organisation générale. La coordination et l'organisation des soins sont assurées par la directrice adjointe (cadre de santé), en lien avec le médecin coordonnateur et l'infirmière coordinatrice, en collaboration avec les professionnels internes et les praticiens externes.

Les plans de soins sont élaborés par une équipe pluridisciplinaire, en partenariat avec les acteurs de santé impliqués.

L'un des enjeux majeurs est d'optimiser cette coordination, notamment via l'utilisation renforcée du [REDACTED]

La gestion des risques médicamenteux et infectieux est également abordée.

La politique qualité et la gestion des risques sont évoquées, mais sans mention de procédures spécifiques ; seule la déclinaison des plans de gestion des risques est présentée. Par ailleurs, le contenu de la collaboration avec d'autres partenaires, en particulier lorsque la personne est suivie par plusieurs structures, n'est pas précisé.

Les partenariats liés à la vie sociale et culturelle, à la vie institutionnelle et culturelle, ainsi qu'à la santé et à la prévention sont mentionnés et font l'objet de conventions annuelles. Toutefois, le contenu précis de ces collaborations n'est pas détaillé.

#### 8.7.1.2. Le médecin chargé de la coordination médicale et soignante

Un médecin coordonnateur dispose d'un contrat de salarié ; il est de plus en plus monopolisé par le rôle de médecin prescripteur et délégué de ce fait la coordination des soins à la cadre de santé et aux deux infirmières titulaires qui sont chacune référente pour certains sujets. Il ne fait pas d'astreintes médicales. Les discussions entre ce médecin et le médecin de la mission ont démontré une très bonne connaissance individuelle (plus que collective) des patients par le médecin coordonnateur ainsi que par l'infirmière et la cadre de santé.

Un psychiatre est par ailleurs présent à temps partiel dans l'établissement. Il était absent lors de la visite d'inspection.

#### 8.7.1.3. La cadre IDE

Une cadre de santé, également directrice adjointe, est en poste depuis quelques mois, qu'il est prévu d'assister par une infirmière coordinatrice (IDEC). La mission a pu constater que son rôle de coordination des soins, qui nécessitait une profonde remise à niveau à l'arrivée de l'actuelle titulaire du poste, est pleinement investi et se concrétise par de nombreuses améliorations pour la qualité et la sécurité des prises en charge (par exemple la révision régulière des produits de santé pour éliminer les produits périmés est effective et tracée, ainsi que la surveillance de la température et de l'entretien de l'enceinte thermique réservée dans le poste infirmier, aux produits de santé.

Toutes les procédures de soins consultées lors de la visite étaient plutôt anciennes, beaucoup datant, au moins, de mai à juillet 2024. Toutefois, au décours de de l'inspection, de nombreuses procédures révisées entre mars et mai 2025 ont été fournies à la mission.

#### 8.7.1.4. La continuité des soins

La traçabilité de la délivrance et de la prise des médicaments - assistée par les infirmières- est faite manuellement sur des fiches de suivi thérapeutique délivrées par la pharmacie qui délivre les médicaments et produits de santé pour la majorité des résidents et prépare les rubans de préparation de doses à administrer de la MAS.

Cependant, le jour de l'inspection, pour l'un des résidents, dont la famille a fait le choix de continuer à se procurer le traitement auprès de sa « pharmacie de famille », aucune fiche de suivi n'était disponible et le traitement a été délivré au vu de la prescription (comme pour les autres résidents) mais sans pouvoir en tracer valablement la bonne exécution.

Pourtant l'association gestionnaire a fait le choix d'équiper la MAS d'un logiciel de dossiers informatisé unique du résident (logiciel IMAGO™) qui permettrait l'édition de feuilles de suivi de la distribution et de l'administration des traitements.

**Remarque 9 :** L'existence dans l'établissement de patients dont les familles choisissent d'apporter le traitement mériterait qu'une procédure et des feuilles de suivi de l'administration du traitement soient élaborées.

### 8.7.2. Les missions médicales

Les dossiers des résidents comportent un examen initial d'entrée, relativement complet, effectué par le médecin coordonnateur (qualifié en médecine générale et en médecine physique et de réadaptation, MPR ce qui est appréciable), et qui est doublé d'un médecin psychiatre. Une neuropsychologue est par ailleurs disponible.

Le DPI de l'établissement est capable de générer à la demande des dossiers de liaison d'urgence complets et particulièrement bien organisés et renseignés. Ces DLU sont en outre disponibles 24h/24 sous forme papier dans le local infirmier (mais l'actualisation des traitements des DLU papiers a été impossible à dater et ne semble pas être prévue par une procédure, ni traçable).

**Remarque 10 :** Les DLU disponibles sous format papier ne comportent pas la date d'actualisation des traitements.

La typologie des patients de l'établissement, principalement déficients intellectuels, psychotiques ou souffrant de troubles sévères du neurodéveloppement, nécessite surtout des aides ergonomiques pour la prise des repas, assurée par l'ergothérapeute. Peu de patients se déplacent en fauteuil roulant ou nécessitent des aides techniques pour l'appareil locomoteur.

Le médecin coordonnateur tient de plus en plus le rôle de médecin prescripteur pour les pathologies somatiques courantes, aidé pour par le médecin psychiatre pour les pathologies mentales et par les nombreuses consultations extérieures des résidents qui nécessitent un avis ponctuel ou un suivi par un ou plusieurs spécialistes.

### 8.7.3. L'infirmierie

Le local infirmier comporte une large banquette d'examen ou de soin, contrairement au bureau du médecin coordonnateur, qui est exigu et occupé par son fauteuil, son bureau, deux chaises pour les visiteurs et quelques rangements.

Le bâtiment étant ancien, les serrures ferment et s'ouvrent soit à l'aide d'une clé, soit à l'aide d'une serrure à code mécanique. Le jour de l'inspection toutes les serrures testées étaient fonctionnelles (et trouvées fermées lorsqu'il le fallait).

La réserve de pharmacie est indépendante du poste infirmier, et située à proximité immédiate, dans le même couloir médico-administratif du rez-de-chaussée de la MAS.

Les médicaments sont préparés par la pharmacie prestataire choisie par l'établissement sous forme de rubans (escargots) très convenablement identifiés avec les références de la pharmacie, la date de préparation, ainsi que le nom de l'établissement (MAS LES OLIVIERS), les nom et prénoms du résident (mais pas sa date de naissance), la date du traitement (y compris le jour de la semaine, p.ex. jeudi 15/05/2025) et le moment de prise (matin, midi, soir, nuit...), et enfin le contenu détaillé du sachet, chaque médicament étant désignés par sa DCI et son dosage et qualifié par une description (p. ex. pour un comprimé : rond biconvexe, moyen, blanc).

En revanche, ces rubans ne précisent aucune information sur l'éventuelle prescription de broyage ou de dilution des comprimés et/ou des gélules, ni sur le caractère broyable ou diluable en général.

Selon les entretiens, ces précisions qui figurent sur la feuille de route journalière de l'infirmière sont directement prescrites par l'orthophoniste et intégrées par la cadre de santé sur ce document.

Les médicaments fournis dans leur conditionnement d'usine ne sont pas individuellement identifiés par la pharmacie qui fournit la MAS.

Un tiroir sécurisé censé pouvoir tenir lieu de coffre à médicaments stupéfiants et assimilés existe, sans être utilisé par la MAS faute de traitements de cette nature.

Le chariot des médicaments est bien organisé et rempli chaque jour par l'infirmière qui assure la distribution des traitements, au vu des prescriptions et à partir, majoritairement, des rubans (ou « escargots ») de PDA. Les photographies des résidents figurent sur les tiroirs individuels du chariot de distribution des traitements. Toutefois, pour les produits prescrits en « si-besoin », ou incompatibles avec la mise sous sachet, l'infirmière pioche dans des boîtes de médicaments qui ne sont pas individuelles, pour les traitements partagés par plusieurs résidents.

Le matériel d'aspiration a été vérifié, il était fonctionnel le jour de l'inspection. Un DAE est disponible au poste infirmier, stocké auprès d'un sac de premières urgences. Il était fonctionnel le jour de l'inspection.

Un enregistreur d'ECG, relativement neuf, était disponible dans le poste infirmier, au voisinage du DAE et du sac d'urgences immédiates, mais il n'était pas fonctionnel, faute de cordon d'alimentation. Cette indisponibilité de la possibilité d'enregistrer des ECG n'a pas semblé faire défaut dans l'établissement.

Le tri des DASRI paraît, le jour de l'inspection, convenablement effectué et les récipients adaptés, valablement étiquetés.

#### **8.7.4. La prise en charge en rééducation (psychomot, ergothérapeute, orthophoniste, orthoptiste)**

La vétusté des locaux, (malgré un effort récemment repris avec des résultats appréciables, pour le petit entretien des peintures, prises, poignées, etc.) ne permet pas, surtout pour les chambres triples, d'individualisation et d'appropriation de leur décoration ou ameublement par les résidents et/ou leurs familles. L'intimité n'est possible qu'à l'aide de rideaux et de demi-cloisons. Aucune chambre ne dispose d'une salle de bain ou d'un simple point d'eau individuel, ni de WC.

Salles de douche et bain et WC sont collectifs pour chaque appartement de 6 à 8 personnes. Les salles de douche et bain sont vastes et relativement bien équipées avec une baignoire thérapeutique à remous (type spa) mais ces appareils ne sont, aux dires du personnel, pas toujours en état de marche.

Les WC sont d'aspect carcéral, sans siège (ou abattant, ou lunette) ni couvercle, ce qui ne semble choquer personne, alors que de nombreux résidents sont chroniquement constipés ce qui impose une occupation prolongée sur un siège WC particulièrement peu confortable. Le respect de la dignité des personnes, dans ces conditions sanitaires, est très relatif.

**Écart 17 : Les WC d'aspect carcéral, sans siège ni couvercle représentent un risque pour le respect de la dignité des personnes (L311-3 du CASF).**

#### **8.7.5. La gestion des urgences médicales**

Le jour de l'inspection, le sac du chariot d'urgence principal était en cours de révision. Il n'a donc pas pu être valablement contrôlé.

#### **8.7.6. Les procédures et protocoles**

L'établissement a transmis des procédures relatives aux soins, principalement révisées entre mars et mai 2025, dont la diffusion auprès des professionnels est mentionnée. Il s'appuie également sur les conduites à tenir en cas d'urgence et les fiches techniques spécifiques aux ESSMS Handicap, mises à disposition par l'ARS Île-de-France.

Une procédure relative à la gestion des crises d'épilepsie a été transmise par l'établissement. Datant de 2023, elle a été validée par un médecin coordonnateur et la directrice. Ce document présente une définition de l'épilepsie, les signes annonciateurs des crises, ainsi que la conduite à tenir en cas d'épisode.

Toutefois, il n'y est pas précisé sur quelles bases une décision de traitement peut être prise. Il est indiqué que l'infirmière interviendra si le résident concerné dispose d'un protocole spécifique.

La procédure est très généraliste et n'aborde pas suffisamment les modalités de soins ni la prise en charge globale de cette pathologie. En effet, le traitement de l'épilepsie ne se limite pas à l'aspect médicamenteux : il implique également une information claire et une éducation thérapeutique du patient. La prise en charge ne s'arrête pas à la gestion des crises ; elle concerne aussi les comorbidités notamment cognitives ou psychiatriques ainsi qu'un accompagnement personnalisé sur le long terme.

Par ailleurs, les recommandations de la HAS (Guides du parcours de santé de l'adulte et de l'enfant avec épilepsie, HAS, décembre 2023) soulignent l'importance d'un parcours de soins structuré en trois niveaux, gradué selon la sévérité ou la complexité de la situation des personnes épileptiques. Cette organisation n'est pas évoquée dans la procédure actuelle, qui ne précise pas les modalités de recours aux soins en fonction des différents niveaux de gravité des crises.

**Remarque 11 : La procédure actuelle ne détaille pas de manière explicite la prise en charge de la crise d'épilepsie (recommandation des « Guides du parcours de santé de l'adulte et de l'enfant avec épilepsie » de la HAS de décembre 2023)**

Le sujet des contentions nécessite une remise à niveau des pratiques pour se conformer aux bonnes pratiques et à la réglementation : aucune revue périodique multidisciplinaire n'est effectuée pour s'assurer de la persistance d'un besoin de mesures de protection : les prescriptions de contentions sont renouvelées pour un an, sans commentaire spécifique dans les dossiers médicaux et sans dénombrement.

Aucune annexe au contrat de séjour (du type 3-9-1 des contrats de séjour des Ehpad) n'est établie pour officialiser avec les familles et/ou les représentants légaux les mesures de protection instituées, ce qui pourrait constituer une bonne pratique recommandable dans une politique d'amélioration de la bientraitance (elle n'est pas réglementairement imposée pour les MAS).

**Remarque 12 : L'utilisation des contentions dans l'établissement est insuffisamment encadrée et régulièrement réévaluée.**

## 8.8. Le circuit du médicament

### 8.8.1. Les procédures du circuit du médicament

La procédure relative au circuit du médicament, transmise par l'établissement, s'applique à l'ensemble des professionnels des établissements et services médicalisés [REDACTED]. Elle détaille plusieurs étapes essentielles : la prescription, la coordination interne et externe, la dispensation, la dotation en soins d'urgence et le stock tampon, la préparation, l'administration et l'accompagnement à la prise, la traçabilité, la surveillance ainsi que la gestion des erreurs médicamenteuses.

Une procédure spécifique à l'administration des médicaments vient compléter ce document en précisant les conditions de délégation et les catégories de professionnels habilités à administrer les traitements. Toutefois, elle ne mentionne pas nominativement quels professionnels ont été formés, ni ne fournit les attestations ou feuilles d'émargement permettant d'en attester. De plus, aucun support de formation n'a été transmis pour illustrer les étapes de la délégation.

Des sessions de formation auraient été organisées par l'ide et la cadre de santé en 2024, mais l'établissement n'a pas retrouvé des éléments de preuves notamment les feuilles d'émargements en lien avec les formations des équipes soignantes au circuit du médicament.

Une autre procédure relative à la sécurisation du médicament identifie les professionnels autorisés à administrer et surveiller la prise médicamenteuse (IDE, AS, AMP et/ou AES sous délégation conformément au protocole).

En conclusion, bien que des protocoles encadrant le circuit du médicament soient en place et couvrent les principales étapes, le rôle de chaque professionnel habilité à distribuer les médicaments doit être clairement défini et confirmé par des supports pédagogiques et des attestations de formation.

L'ensemble des informations concernant la délégation, les professionnels habilités ne sont pas intégrés au sein d'une procédure harmonisée, centralisée dans un document unique. Cela permettrait d'assurer une meilleure lisibilité, une cohérence des pratiques et un accès simplifié à l'ensemble des éléments réglementaires et organisationnels du circuit du médicament.

La partie délégation doit être explicitée des professionnels en charge de la délégation tout en mentionnant les professionnels qui ont bénéficié de la formation ainsi que le support de formation. Un document unique doit être présenté afin d'avoir un accès plus clair. Par ailleurs, l'établissement n'a pas réalisé d'audit annuel du circuit du médicament, audit qui permettrait de repérer d'éventuels dysfonctionnements, d'identifier les axes d'amélioration et d'élaborer un plan d'action pour chaque étape du circuit.

**Remarque 13 :** La partie délégation des médicaments, doit préciser les professionnels en charge et ceux ayant bénéficié de la formation ainsi que le support utilisé.

**Remarque 14 :** L'absence de transmissions des feuilles d'émargement des professionnels ne permet pas d'attester de leur participation à la formation au circuit du médicament.

### 8.8.2. Les prescriptions

La transmission des ordonnances s'effectue via [REDACTED] auquel la pharmacie a accès.

### 8.8.3. Les commandes

Conformément à la convention établie avec l'officine, les médicaments sont livrés dans un délai de 72 heures suivant la transmission des ordonnances. En cas d'urgence, la livraison intervient dans un délai de 4 heures.

### 8.8.4. La dispensation

La dispensation est effectuée par la pharmacie d'officine conventionnée.

La préparation des piluliers est réalisée par l'officine (PDA) et l'IDE (placement des sachets du jour dans le chariot)

Seules les IDE sont autorisées à préparer les traitements des résidents.

Conformément à la procédure du circuit du médicament en vigueur dans l'établissement, cette préparation s'effectue sur la base de la dernière prescription médicale, sans retranscription intermédiaire.

Dans certains cas, la pharmacie fournit directement des piluliers personnalisés, préremplis, datés, avec photo d'identification, contenant l'ensemble des informations relatives à la prescription (posologie, horaires, jours

d'administration, forme galénique). Dans ce cadre, la préparation des traitements est assurée par la pharmacie, tandis que l'IDE en vérifie le contenu à réception.

Il est à noter que la fréquence de préparation des médicaments n'est pas précisée dans la procédure actuelle.

**Remarque 15 :** La fréquence de préparation des médicaments doit être indiquée sur la procédure du circuit du médicament et de la convention. Cette préparation ne peut excéder 7 jours. OMéDIT IDF « La préparation des médicaments : Bonnes pratiques et hygiène » 2022

La vérification de la livraison de la PDA est réalisée par une IDE. Toutefois, il n'est pas précisé si un second contrôle, effectué par un autre membre du personnel, est mis en place

#### **8.8.5. La livraison**

Toujours selon cette convention, les commandes sont remises sous forme de paquets scellés, et leur réception est assurée par un personnel qualifié désigné par la MAS.

La transmission des ordonnances s'effectue via le [REDACTED] auquel la pharmacie a accès.

Conformément à la convention établie avec l'officine, les médicaments sont livrés dans un délai de 72 heures suivant la transmission des ordonnances. En cas d'urgence, la livraison intervient dans un délai de 4 heures.

#### **8.8.6. Le stockage**

Le local à pharmacie est sécurisé et seules les IDE y accèdent en routine, ainsi que la cadre de santé – directrice adjointe de l'établissement. Le local est exigu et l'installation pour le remplissage du chariot des traitements du jour est peu ergonomique.

Si les médicaments hors PDA sont délivrés individuellement par la pharmacie, leur absence d'étiquetage a conduit les personnels à prendre une boîte d'un casier individuel pour y piocher tous les traitements hors PDA de cette nature, quel que soit le résident.

#### **8.8.7. La distribution et l'administration**

Pour les médicaments de la journée, préparés (y compris broyage, diluage ou dosage des gouttes) et distribués par l'infirmière, aucun autre commentaire que la réserve ci-dessus exprimée pour le caractère non individuel des boîtes de produits utilisés pour la distribution des traitements prescrits en « si-besoin » (par exemple antalgique simple (Paracétamol, ou laxatifs...)).

Les traitements pour la nuit sont préparés par l'infirmière de jour, et si nécessaire broyés ou dilués et disposés dans un petit gobelet individuel recouvert d'un capuchon portant le prénom du résident, que l'infirmière disposait sur le dessus du réfrigérateur dans la cuisine de chaque appartement.

La cadre de santé actuelle a entrepris de réformer cette pratique et commandé de petites armoires à pharmacie, fermant à clé, et installées dans la cuisine au voisinage du réfrigérateur (pour ne pas trop bouleverser les habitudes). Ainsi les médicaments ne sont-ils plus largement accessibles, y compris à ceux des résidents qui habitués à s'introduire dans la cuisine pour y chercher des aliments au moindre manque de surveillance des professionnels.

**Remarque 16 :** L'identification des gobelets est insuffisante au regard des bonnes pratiques d'identitovigilance.

De très nombreux résidents sont épileptiques et traités, ce qui n'évite pas de fréquentes crises (surtout à type d'absences et bien moins souvent de grosses crises tonico-cloniques générales, selon les entretiens). Le personnel est donc accoutumé à ces manifestations et connaît les prises en charge nécessaires.

Cependant la nuit, le personnel des appartements ne contient pas nécessairement un aide-soignant, de sorte que la décision d'un traitement d'urgence, prescrit dans un protocole individuel, peut être prise par un non-soignant, souvent un AES.

Pour l'infirmière présente le jour de l'inspection, la traçabilité de la distribution et de l'administration des traitements était effectuée en léger différé, puisque les feuilles de suivi des traitements (sur papier, préparées par la pharmacie) étaient remplies et paraphées par l'infirmière au décours de sa tournée, une fois revenue à l'infirmierie.

Cette infirmière connaissait cependant pertinemment la recommandation professionnelle d'un enregistrement immédiat, dès la distribution du traitement de chaque résident, et non pas différé.

Elle était également tout à fait consciente du manque de traçabilité valable pour le ou les rares résidents dont les familles se procurent directement les traitements à la pharmacie de leur choix et qui de ce fait ne bénéficient pas de l'établissement de feuilles de suivi de traitement par la pharmacie qui fournit les produits de santé à la MAS.

Une traçabilité globale et partiellement différée n'est pas recommandée dans les bonnes pratiques professionnelles.

## 9. Le récapitulatif des écarts et des remarques

### 9.1. Les écarts

- Écart 1 : Le nouveau règlement de fonctionnement de la MAS n'a pas été encore définitivement arrêté, il est en cours d'approbation par le siège gestionnaire et le conseil d'administration et sera ensuite soumis au CVS (L311-7 du CASF). 8
- Écart 2 : Le nouveau projet d'établissement de la MAS est en cours de finalisation avant d'être soumis à l'approbation du conseil d'administration de l'association gestionnaire et du CVS (L311-8 du CASF). 9
- Écart 3 : Les partenariats existants avec d'autres établissements et la convention formalisée avec un établissement de santé de proximité en cas d'événement exceptionnel ne figurent pas au sein du plan bleu de la MAS qui n'a pas été arrêté après consultation du CSE et du CVS et qui n'a pas donné lieu à sa présentation, sa communication et à la formation du personnel aux modalités de déclenchement et de gestion des crises prévues par le plan bleu (R311-38-1 CASF et R311-38-1 (III) CASF) 9
- Écart 4 : Le directeur n'étant pas titulaire d'une certification au moins de niveau II enregistrée au répertoire national des certifications professionnelles prévu à l'article L335-6 du code de l'éducation, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article D312-176-7 du CASF relatives à la qualification des directeurs. 10
- Écart 5 : En l'absence de document unique de subdélégation détaillant les compétences de la directrice adjointe et organisant la continuité de la direction, celle-ci n'est pas assurée en l'absence du directeur, ce qui contrevient à l'article D315-67 CASF. 10
- Écart 6 : La vacance du poste de cadre de santé est compensée par la directrice adjointe à titre provisoire, en attendant le recrutement d'un professionnel dédié car le dédoublement des fonctions de la directrice adjointe ne lui permet pas de réaliser tout le travail nécessaire à la cohérence et à la continuité des soins de toute nature que nécessite l'état de la personne, par la coordination des intervenants et un encadrement des professionnels comme le prévoient les 2° et 3° de l'article D344-5-12 du CASF. 10
- Écart 7 : Sans planification de toutes les actions d'amélioration de la qualité, elles ne peuvent pas être toutes connues et suivies dans leur réalisation afin que la démarche soit continue tel que le prévoit l'article L312-8 du CASF. 11
- Écart 8 : La bientraitance est une priorité de la direction, ses supports et ses actions le prouvent mais leur formalisation et leur pilotage, pour que le personnel y soit sensibilisé et formé, sont en cours puisque des actions de sensibilisation ne sont plus menées (comme les groupes d'analyse de la pratique), d'autres sont à réaliser comme d'intégrer dans le livret d'accueil des personnes accompagnées et du personnel le numéro à contacter en cas de la maltraitance mais aussi d'intégrer l'ensemble des moyens mis en œuvre au sein du projet d'établissement conformément à l'article D311-38-3 du CASF. 14
- Écart 9 : Une enquête de satisfaction est un moyen de garantir le respect du droit à la participation directe de la personne à son accompagnement (7° de l'article L311-3 du CASF) mais la MAS n'en a pas réalisé en 2024. 15
- Écart 10 : Tous les postes ne sont pas occupés et 3 postes sont vacants dans l'équipe soignante et 2 dans l'équipe éducative, un sous-effectif susceptible d'avoir des conséquences sur la qualité de la prise en charge des résidents (article L311-3 du CASF) 19
- Écart 11 : L'établissement en ne vérifiant pas que le médecin, les infirmiers, les kinésithérapeutes sont valablement inscrits auprès de leurs ordres respectifs ne s'assure pas de l'absence d'exercice illégal ni respect des articles L4111-1 du CSP et L4112-5 du CSP, L4311-15 du CSP et L4321-10 CSP. 23
- Écart 12 : La dernière enquête de satisfaction (D311-15 du CASF) et le règlement de fonctionnement (R311-34 du CASF) ne sont pas affichés dans la MAS. 27
- Écart 13 : Les dossiers administratifs des résidents sont incomplets car tous ne contiennent pas : - L'attestation de remise des documents de la loi 2002-2 remis et signés avec le livret d'accueil (contrat de séjour, charte des droits et libertés, règlement de fonctionnement) conformément à l'article L311-4 du CASF) ; - L'attestation de contrat d'assurance garantissant les conséquences pécuniaires de sa responsabilité civile en cas de dommages subis par les tiers et leurs biens alors que plusieurs vols ont été commis en 2023 (L443-4 du CASF) ; - La désignation d'une personne de confiance (L1111-6 du CSP) ; - Des directives anticipées (L1111-11 du CSP) ; - La preuve du recueil de leur autorisation en matière de droit à l'image (L311-3 alinéa 4 CASF) 28

<u>Écart 14 :</u>	Le déménagement n'étant pas prévu avant 2028, les efforts doivent persister pour garantir dans les locaux actuels, la sécurité, la qualité et notamment la garantie de l'intimité des personnes logées en chambre double ou triple, et manifestement dépersonnalisée au sens du 6° de l'article D344-5-3 du CASF.	29
<u>Écart 15 :</u>	L'affichage de la liste des personnes qualifiées n'étant pas réalisé, il n'est pas garanti leur accès par les personnes comme prévu par l'article L311-4 du CASF	31
<u>Écart 16 :</u>	L'établissement n'a pas de dispositif, de formation et d'intervention systématique d'accompagnants pour accompagner les personnes dans la rédaction de directives anticipées et dans la désignation d'une personne de confiance (L1111-4 alinéa 3 et L1111-11 du CSP).	32
<u>Écart 17 :</u>	Les WC d'aspect carcéral, sans siège ni couvercle représentent un risque pour le respect de la dignité des personnes (L311-3 du CASF).	35

## 9.2. Les remarques

<u>Remarque 1 :</u>	L'absence de fiche de poste validée par le gestionnaire et recouvrant l'ensemble des missions relevant d'un personnel de direction ne lui permet pas d'appréhender clairement son positionnement au sein de la structure et d'en assurer le pilotage d'après les recommandations de bonnes pratiques de la HAS dans son guide « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » de décembre 2008.	10
<u>Remarque 2 :</u>	Les 15 actions du plan mis en place pour prévenir les faits de maltraitance suite à ceux survenus par le passé n'ont pas toutes été réalisées.	14
<u>Remarque 3 :</u>	La MAS n'a pas réalisé pour toutes les personnes accompagnées les fiches personnalisées de « suivi des comportements » visant à réunir les informations nécessaires aux accompagnants pour gérer le déclenchement de comportements problèmes, en plus de leur intégration aux PAI. La formation du personnel aux comportements problèmes n'est pas prévue au plan de formation pour l'année en cours : ces fiches ainsi que la formation du personnel sont des bonnes pratiques des guides de la HAS de 2016 sur les comportements problèmes (HAS, « Les comportements problèmes » prévention et réponse, volet 1 et volet 2).	15
<u>Remarque 4 :</u>	La formation continue des professionnels à la procédure interne de remontée des événements n'est pas garantie, et particulièrement la connaissance de l'outil utilisé, ce qui contrevient aux bonnes pratiques de la HAS, 2008 "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement / maltraitance".	16
<u>Remarque 5 :</u>	À son plan de formation pour cette année, la MAS n'a pas prévu de formation sur la bientraitance et la maltraitance alors qu'une réalisation régulière de cette formation par le personnel est une bonne pratique des deux guides de 2008 de la HAS (« Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées et le traitement de la maltraitance » et « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement pour la prévention de la maltraitance »).	24
<u>Remarque 6 :</u>	La dualité des supports papiers et informatisé n'est pas idéale pour garantir l'accessibilité et l'actualisation des informations de santé des résidents.	28
<u>Remarque 7 :</u>	Le rétroplanning transmis ne prévoit pas qu'un diagnostic sera réalisé des inadéquations des actuels locaux avec les besoins d'accompagnement des personnes en tenant compte dès la conception architecturale des futurs locaux.	29
<u>Remarque 8 :</u>	Sans plan d'animation annuel formalisé pour faire le bilan des activités faites et programmer celles à venir en les budgétant, sans fiche pour chacune des activités qui intègre l'opérationnalité de leur organisation avec une implication des personnes accompagnées, la conduite des activités et de l'animation est perfectible et notamment leur déploiement comme moyen favorisant l'autonomie et la participation des personnes, ce qui est un des objectifs de leur accompagnement au titre du 3° de l'article L311-3 pour que soit réalisée « 3° Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion ».	31
<u>Remarque 9 :</u>	L'existence dans l'établissement de patients dont les familles choisissent d'apporter le traitement mériterait qu'une procédure et des feuilles de suivi de l'administration du traitement soient élaborées.	33
<u>Remarque 10 :</u>	Les DLU disponibles sous format papier ne comportent pas la date d'actualisation des traitements.	34

- Remarque 11 : La procédure actuelle ne détaille pas de manière explicite la prise en charge de la crise d'épilepsie (recommandation des « Guides du parcours de santé de l'adulte et de l'enfant avec épilepsie » de la HAS de décembre 2023) 35
- Remarque 12 : L'utilisation des contentions dans l'établissement est insuffisamment encadrée et régulièrement réévaluée. 35
- Remarque 13 : La partie délégation des médicaments, doit préciser les professionnels en charge et ceux ayant bénéficié de la formation ainsi que le support utilisé. 36
- Remarque 14 : L'absence de transmissions des feuilles d'émargement des professionnels ne permet pas d'attester de leur participation à la formation au circuit du médicament. 36
- Remarque 15 : La fréquence de préparation des médicaments doit être indiquée sur la procédure du circuit du médicament et de la convention. Cette préparation ne peut excéder 7 jours. OMÉDIT IDF « La préparation des médicaments : Bonnes pratiques et hygiène » 2022 37
- Remarque 16 : L'identification des gobelets est insuffisante au regard des bonnes pratiques d'identitovigilance. 37

## 10. La conclusion

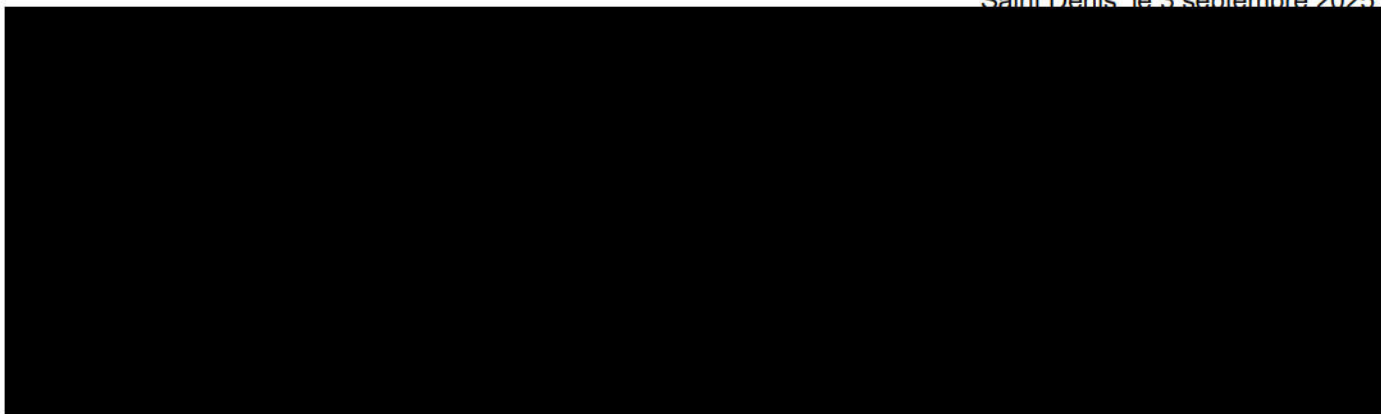
Le personnel de la MAS s'implique pour proposer un accompagnement de qualité aux personnes accompagnées.

La nouvelle équipe de direction en place a apporté des preuves de stabilité et de motivation pour continuer à améliorer la qualité et la bientraitance de l'accompagnement : les actions du plan pris suite aux faits de maltraitance de 2021 et celles engagées suites aux faits ultérieurs sont connues et suivies dans leur réalisation.

Des efforts ont été constatés pour améliorer le climat social et la communication avec les familles ainsi que pour garantir la qualité et la sécurité des personnes dans les actuels locaux malgré leur vétusté et leur caractère inadapté pour être un lieu de vie pour les personnes accompagnées.

Pour ne pas reproduire de telles inadéquations avec les besoins des personnes dans les futurs des locaux, une attention est à porter dès maintenant et la conception architecturale, notamment par la réalisation d'un diagnostic des locaux actuels, avec la participation des personnes et du personnel.

Saint-Denis, le 3 septembre 2025



## 11. La liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport

**AES** : Accompagnant éducatif et social

**AMP** : Auxiliaire médico-psychologique

**ARS** : Agence régionale de Santé

**AVS** : Auxiliaires de vie sociale

**AS** : Aide-soignant

**CASF** : Code de l'action sociale et des familles

**CDD** : Contrat à durée déterminée

**CDI** : Contrat à durée indéterminée

**CDS** : Contrat de séjour

**CNIL** : Commission nationale Informatique et Libertés

**CNR** : Crédits non reconductibles

**CoViD** : Corona Virus Disease

**CPAM** : Caisse primaire d'assurance maladie

**CPOM** : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

**CSP** : Code de la santé publique

**CT** : Convention tripartite pluriannuelle

**CVS** : Conseil de la vie sociale

**DADS** : Déclaration annuelle des données sociales

**DAE** : Défibrillateur automatisé externe

**DAOM** : Déchets assimilés aux ordures ménagères

**DASRI** : Déchets d'activités de soins à risques infectieux

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

**DLU** : dossier de liaison d'urgence

**DUD** : Document unique de délégation

**DUERP** : Document unique d'évaluation des risques professionnels

**EI/EIGG** : Evènement indésirable/évènement indésirable grave

**ETP** : Equivalent temps plein

**HACCP**: « Hazard Analysis Critical Control Point »

**HAD** : Hospitalisation à domicile

**HAS** : Haute Autorité de santé (ex-ANESM)

**HCSP** : Haut-comité de santé publique

**IEM** : Institut d'éducation motrice

**IDE** : Infirmier diplômé d'Etat

**IDEC** : Infirmier diplômé d'Etat coordonnateur

**IME** : Institut médico-éducatif

**PAI** : Projet d'accompagnement individualisé

**PACQ** : Plan d'amélioration continu de la qualité

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

**PE** : Projet d'établissement

**PECM** : Prise en charge médicamenteuse

**PH** : Personne porteuse d'un handicap

**PMR** : Personnes à mobilité réduite

**PRIC** : Programme régional d'inspection et de contrôle

**RDF/RF** : Règlement de fonctionnement

**RH** : Ressources humaines

**SIPFP** : Section d'Initiation et de Première Formation Professionnelle

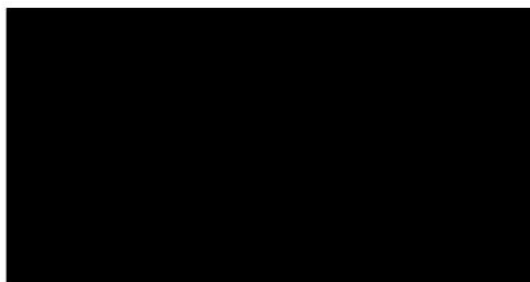
**SF2H** : Société française d'hygiène hospitalière

**SFGG** : Société française de gériatrie et gérontologie

## Annexe : Lettres d'information et de mission



Cabinet du Directeur général  
Inspection régionale autonomie santé



Référence SIICEA 2025\_IDF\_00082

Saint-Denis, le 15 mai 2025

Objet : Lettre d'information d'une mission d'inspection de la MAS « Les Oliviers » à Saint-Maur-des-Fossés (94100)

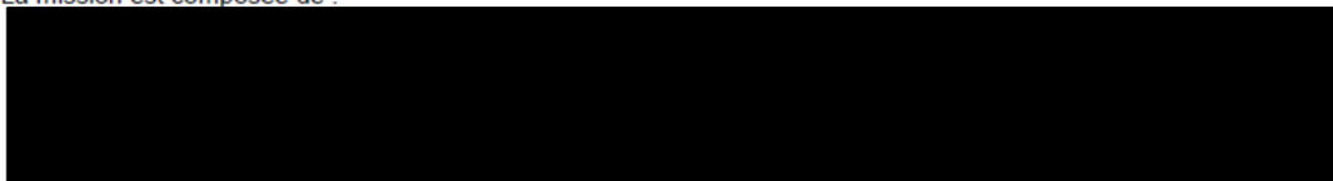
Monsieur le Président,


Le programme national d'inspection contrôle des établissements médico-sociaux (EMS) pour personnes en situation d'handicap s'inscrit dans le cadre de la « Stratégie nationale de lutte contre les maltraitances 2024-2027 ». L'Agence régionale de santé Île-de-France (ARS IdF) a décidé de diligenter dans ce cadre une inspection inopinée de la MAS « Les Oliviers » située à Saint-Maur-des-Fossés (n° FINESS 940811763).

Cette inspection a notamment pour objectifs de contrôler :

- La prévention et la lutte contre les maltraitances ;
- L'adéquation entre les usagers accueillis et l'autorisation détenue ;
- La gouvernance ;
- Les fonctions support ;
- La gestion des ressources humaines ;
- L'individualisation de la prise en charge des personnes accueillies ou accompagnées (projet individualisé d'accompagnement) ;
- La prise en charge médicamenteuse (PECM) des résidents ;
- L'application des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) de la Haute Autorité de santé (HAS) et des sociétés savantes ;
- Les relations et les partenariats avec l'extérieur de l'établissement.

La mission est composée de :





L'inspection débute ce jour.

---

<sup>1</sup> Article L.1421-1 du CSP

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

---

Les inspecteurs 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)<sup>2</sup>.

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 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<sup>3</sup>, pour vous permettre de me faire part de vos éventuels commentaires et observations sur les décisions envisagées.

Je vous notifierai mes décisions définitives à la clôture 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, 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.



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

Cabinet du Directeur général  
Inspection régionale autonomie santé

Saint-Denis, le 29 avril 2025

Objet : Lettre de mission pour l'inspection de la MAS Les Oliviers à St-Maur-des-Fossés.

Mesdames, Monsieur,

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 maltraitements 2024-2027 ».

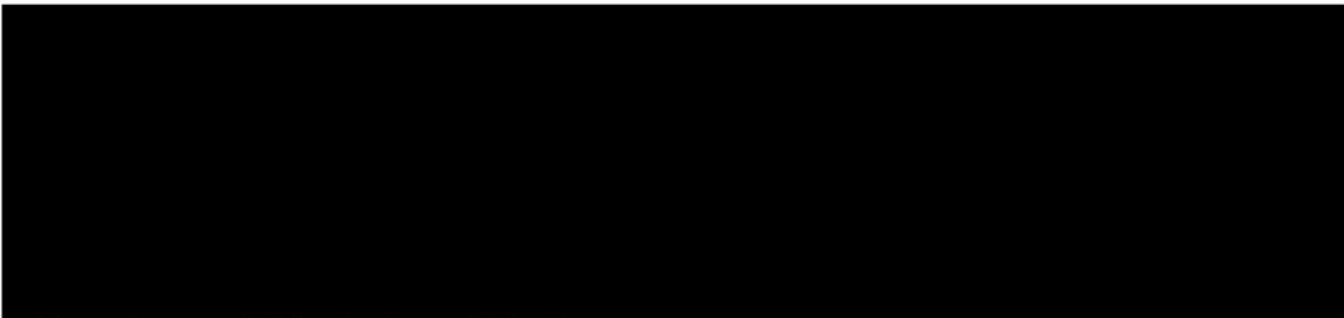
Ces contrôles, diligentés sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF) et suivants, ont pour objectifs de :

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

La maison d'accueil spécialisée (MAS) « Les Oliviers » située à Saint-Maur-des-Fossés (n° FINESS 940811763) a été inscrite dans la programmation de ces contrôles.

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

- La prévention et la lutte contre les maltraitements ;
- La gouvernance ;
- Les fonctions support ;
- La gestion des ressources humaines ;
- L'individualisation de la prise en charge des personnes accueillies ou accompagnées (projet individualisé d'accompagnement) ;
- La prise en charge médicamenteuse (PECM) des résidents ;
- Les relations et les partenariats avec l'extérieur de l'établissement.



L'inspection sera réalisée selon les modalités suivantes :

- Mode inopiné, sans information préalable de l'établissement ;
- Présence sur place entre 9 heures et 20 heures<sup>2</sup>.

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

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

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

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



<sup>1</sup> Article L.1421-1 du CSP

<sup>2</sup> Art. L.1421-2 du CSP

<sup>3</sup> Art L.1421-3 CSP : « Les agents mentionnés à l'article L. 1421-1 peuvent recueillir sur place tout renseignement, toute justification ou tout document 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 mains qu'ils se trouvent, propres à faciliter l'accomplissement de leur mission et la mise à leur disposition des moyens indispensables pour effectuer leurs vérifications. Pour le contrôle des opérations faisant appel à l'informatique, ils ont accès aux logiciels et aux données stockées, ainsi qu'à la restitution en clair des informations propres à faciliter l'accomplissement de leurs missions. Ils peuvent en demander la transcription par tout traitement approprié dans des documents directement utilisables pour les besoins du contrôle. Les agents ayant la qualité de médecin ont accès à toutes données médicales individuelles nécessaires à l'accomplissement de leurs missions dans le respect des dispositions de l'article 226-13 du code pénal ».